



INÊS JOÃO SANTOS DOENTES CRÓNICOS IDOSOS NAS UCCI:
FREIRE MOURO QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2010

INÊS JOÃO SANTOS DOENTES CRÓNICOS IDOSOS NAS UCCI:
FREIRE MOURO QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Assunção Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Aos meus avós

o júri

presidente

Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martin

Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

arguente

Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis

Professora Associada do Instituto Superior Bissaya Barreto

orientadora

Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Este trabalho apenas foi possível com o contributo das muitas pessoas que acompanharam esta minha jornada.

Desde já, agradeço à Professora Doutora Assunção Laranjeira de Almeida, orientadora neste trabalho, por me fazer acreditar no mesmo e pelas oportunidades que me disponibilizou;

A todas as UCCI, cujos responsáveis permitiram a efectivação deste trabalho, assim como a todos profissionais envolvidos;

Aos idosos e idosas que aceitaram e se disponibilizaram a participar neste estudo;

À Sofia, pela grande amizade; à Daniela, pela companhia nas longas jornadas de trabalho; à Ana, pela partilha de conhecimentos; à “Aninhas”, por todo o carinho e ternura; à Marlene, que mesmo distante fisicamente, está sempre presente na minha vida;

Aos meus pais, pelo apoio, por permitirem a minha formação e pelo “colo” de mãe sempre predisposto a acolher as minhas angústias;

À minha irmã e ao meu cunhado, que distingo como exemplos de sucesso e rigor no trabalho, pela sua grande amizade;

Ao Hugo, pela amizade, carinho e dedicação, por me incentivar e por me fazer acreditar nas minhas capacidades;

À Eva, pela sua inocência e felicidade com que vive cada dia e por me estimular a manter o meu elo de ligação à infância, o que me permite encarar as diversidades da vida com maior positivismo;

Aos meus avós, que representando muitos idosos, indirectamente me incentivam a querer mudar mentalidades e modos de vida.

São por todos estes que fizeram e fazem parte do meu percurso, enquanto pessoa e profissional, e por aqueles que ainda virão a fazer, que trabalho continuamente, para, de algum modo, contribuir para um futuro com melhor qualidade de vida. O meu “Muito Obrigada” a todos!

palavras-chave

Envelhecimento, Doença Crónica, Qualidade de Vida, Satisfação

resumo

Com o aumento da esperança média de vida, há uma maior propensão para a perda de autonomia, para o aumento da dependência física e para o aparecimento de doenças crónicas. De carácter progressivo, lento e permanente, a doença crónica abala profundamente a homeostasia do indivíduo a nível biopsicossocial. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constitui exemplo de resposta adequada para esta população. Combinando os cuidados de saúde com o apoio social, procura promover a capacidade funcional, a autonomia e a independência da mesma, melhorando a sua qualidade de vida.

Objectivos: Avaliar os diferentes domínios inerentes à percepção da QV de indivíduos com 65 e mais anos, com doença crónica, em situação de internamento em Unidades de Cuidados Continuados e averiguar o seu grau de satisfação com a organização do serviço e com a respectiva equipa técnica.

Métodos: O estudo compreende uma amostra 30 indivíduos com 65 e mais anos, com doença crónica, em situação de internamento em Unidades de Cuidados Continuados. A abordagem metodológica para este estudo transversal foi quantitativa, do tipo exploratório-descritivo. Os dados foram obtidos através do instrumento EASYcare e de um questionário de satisfação, com o consentimento dos participantes. A amostra apresenta uma média de idades de 78,2 anos, com habilitações literárias baixas e 56,7% são do género masculino.

Resultados: De modo geral, os resultados indicam que i) as dimensões mais críticas são a mobilidade, o auto-cuidado e a saúde mental e bem-estar; ii) os utentes estão muito satisfeitos com os espaços físicos das unidades e iii) apresentam menor satisfação com a informação disponibilizada sobre a doença e práticas a adoptar face à mesma.

keywords

Aging, Chronic Illness, Quality of Life, Satisfaction

Resumo

With the increasing life expectancy, there is a greater propensity for the loss of autonomy, an increasing physical dependence and the emergence of chronic diseases. Progressive, slow and permanent in nature, chronic diseases are profoundly undermining the homeostasis of the individual in what the biopsychosocial level is concerned. The *Rede Nacional de Cuidados Continuados* is an example of an appropriate response to this population. Combining health care with social support, it seeks to promote the functional ability, its autonomy and independence, improving the individuals' quality of life.

Objectives: Evaluate the different areas involved in the perception of QOF in individuals over 65 years old with chronic disease, inpatients in a continuing care unit, and know their satisfaction with the service's organization and technical team.

Methods: The study includes 30 individuals over 65 years old with chronic illness and inpatients in continuing care unit. The methodological approach for this survey was quantitative, exploratory and descriptive. Data were obtained through the instrument EASYcare and a satisfaction questionnaire, with the consent of all participants. The sample has a mean age of 78,2 years old, low educational attainment and 56,7% are male.

Results: Overall, the results indicate that i) the most critical dimensions are mobility, self care and mental health and wellbeing, ii) users are very satisfied with the physical units and iii) have lower satisfaction with information available about the disease and practices to adopt face to the same.

Lista de abreviaturas

ABVD's	Actividades Básicas de Vida Diária
ADI	Apoio Domiciliário Integrado
AIVD's	Actividades Instrumentais de Vida Diária
AVD's	Actividades de Vida Diária
CAO	Centro de Actividades Ocupacionais
CD	Centro de Dia
DC	Doença Crónica
EMV	Esperança Média de Vida
IE	Índice de Envelhecimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
UAI	Unidade de Apoio Integrado
UC	Unidades de Convalescença
UCCI	Unidades de Cuidados Continuados Integrados
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidades de Média Duração e Reabilitação
ULDR	Unidades de Longa Duração e Manutenção
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
TA	Tensão Arterial

Índice

Introdução.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. Envelhecimento demográfico: uma realidade emergente.....	3
2. O processo de envelhecimento: enquadramento biopsicossocial	5
2.1. Envelhecimento biológico.....	5
2.2. Envelhecimento psicológico	6
2.3. Envelhecimento social	7
3. O envelhecimento e a doença crónica.....	7
3.1. Perspectiva biomédica e biopsicossocial.....	10
4. A doença crónica e a qualidade de vida no idoso	11
4.1. Impacto da DC no idoso.....	12
4.2. Impacto da DC na família	13
5. O internamento e suas repercussões no idoso.....	16
6. Os cuidados continuados integrados.....	17
6.1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	18
7. A satisfação dos utentes	20
ESTUDO EMPÍRICO.....	22
1. Enquadramento e objectivos do estudo.....	22
1.2. Objectivos do estudo	22
2. Metodologia.....	22
2.1. Desenho da investigação.....	22
2.2. Procedimentos de recolha de dados.....	23
2.3. Instrumentos utilizados	24
2.3.1. Instrumento EASYcare	24
2.3.2. Questionário de Satisfação	25
2.4. Tratamento estatístico dos dados.....	26
2.5. Amostra	26
2.5.1. Selecção da amostra	26
2.5.2. Caracterização da amostra	27
3. Apresentação e leitura dos resultados	29
3.1. Resultados obtidos através da aplicação do instrumento EASYcare.....	30

Dimensão 1 - “Visão, audição e comunicação”	30
Dimensão 2 - “Auto-cuidado”	30
Dimensão 3 - “Mobilidade”	33
Dimensão 4 - “Segurança”	34
Dimensão 5 - “Local de residência e finanças”	35
Dimensão 6 - “Manter-se saudável”	35
Dimensão 7 - “Saúde mental e bem-estar”	36
3.2. Resultados obtidos através da aplicação do questionário de satisfação.....	38
Categoria A1 - “Comunicação”	38
Categoria A2 - “Prestação de cuidados”	38
Categoria A3 - “Qualidades humanas”	39
Categoria B1 - “Informação”:.....	40
Categoria B2 - “Espaços físicos”:.....	40
Categoria B3 - “Serviços”:	41
3.3. Resultados globais	42
4. Discussão dos resultados.....	44
4.1. Dimensões da percepção da QV	44
4.2. Dimensões da percepção da satisfação	49
4.3. Limitações do estudo.....	52
5. Implicações do estudo para a prática.....	53
6. Considerações finais.....	54
Referências bibliográficas.....	56

Apêndice

Apêndice I – Modelo do Pedido de Autorização

Apêndice II – Declaração de Consentimento Livre e Informado

Apêndice III – Questionário de Satisfação

Anexos

Anexo I – Instrumento EASYcare

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Evolução da proporção da população jovem e idosa em Portugal - 1960 a 2000	4
Gráfico 2- Proporção (%) da população com 65 ou mais de idade em Portugal (1960 e 2050)	4
Gráfico 3- Problemas com a boca/dentes (n=7).....	31
Gráfico 4- Problemas com os pés (n=11).....	33
Gráfico 5- Dimensão 4: Segurança (n=30).....	35
Gráfico 6- Dores corporais (n=14).....	37

Índice de Quadros

Quadro 1- Reacções da família face ao momento de crise da doença	14
Quadro 2- Domínios para avaliação de cada um dos instrumentos utilizados e objectivos.....	23

Índice de Tabelas

Tabela 1- Serviços disponibilizados pelas Unidades de Internamento (UC, UMDR e UMDL).....	20
Tabela 2- Caracterização da amostra de acordo com a idade (n=30).....	27
Tabela 3- Características sócio-demográficas, económicas e geográficas da amostra (n=30).....	28
Tabela 4- Dimensão 1: Visão, audição e comunicação (n=30).....	30
Tabela 5- Dimensão 2: Auto-cuidado (n=30).....	32
Tabela 6- Dimensão 3: Mobilidade.....	34
Tabela 7- Dimensão 5: Local de residência e finanças (n=30)	35
Tabela 8- Dimensão 6: Manter-se saudável (n=30).....	36
Tabela 9- Dimensão 7: Saúde mental e bem-estar (n=30)	37
Tabela 10- Categoria A1: Comunicação (n=20).....	38
Tabela 11- Categoria A2: Prestação de cuidados (n=20).....	39
Tabela 12- Categoria A3: Qualidades humanas (n=20)	40
Tabela 13- Categoria B1: Informação (n=20)	40
Tabela 14- Categoria B2: Espaços físicos (n=20)	41
Tabela 15- Categoria B3: Serviços (n=20).....	42
Tabela 16- Resultados globais do instrumento EASYcare (n=30)	43
Tabela 17- Resultados globais do questionário de satisfação (n=20)	43

Introdução

As alterações demográficas têm tido um impacto cada vez mais significativo na sociedade. Caracterizando a segunda metade do século XX, o envelhecimento da população constitui um fenómeno de amplitude mundial, cujas repercussões profundas resultam de uma transição demográfica que acentua as tendências do envelhecimento (INE, 1999). De facto, as alterações, verificadas ao longo dos últimos 30 anos, são identificadas como a génese de uma nova sociedade que tem sofrido mutações profundas e cuja tendência é a de se intensificarem cada vez mais (CEE, 2005), o que representa um grande desafio para as políticas de saúde e de protecção social (INE, 1999).

Ao procedermos a uma projecção do cenário concebido ao longo das últimas décadas é possível verificar uma rápida transição dos perfis de saúde na população, que resulta do predomínio de enfermidades crónicas, evidenciando-se este fenómeno nos indivíduos idosos (Freedman & Martin, 2000). A doença crónica (DC) surge, exponencialmente, como uma das problemáticas contemporâneas, nomeadamente ao nível dos sistemas de saúde e de protecção social, que acompanha frequentemente o aumento da esperança de vida (Sousa, 2007). As demais condições crónicas têm impactos dissemelhantes, mas todas interferem de algum modo na homeostasia do indivíduo e, concomitantemente, na sua qualidade de vida (Cabete, 2005). Dizem respeito a doenças cujas contrariedades abalam as diferentes dimensões que contemplam o doente, como as de carácter físico, emocional, psicológico, familiar, social e profissional, transformando significativamente o seu projecto de vida (Góngora, 1996). O modo como a DC é vivida depende não só das próprias características do doente, como do apoio familiar e social que recebe, exigindo um desmesurado esforço de adaptação aos efeitos prolongados subsequentes (Rolland, 2003).

Para maximizar os potenciais daqueles que convivem com uma determinada doença é necessário ir muito mais além dos cuidados de saúde tradicionais. Um sistema de saúde que se centra exclusivamente no objectivo de cura apresenta uma lacuna nos recursos disponíveis para a população em questão. Deste modo, é imprescindível o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde que promovam estratégias e intervenções que visem as vertentes emocional e social e privilegiem a satisfação das necessidades crescentes, accionando a tão fundamental descentralização da doença do indivíduo (Gonçalves, 2008).

Em resposta a esta realidade, a rede de equipamentos direccionados a idosos tem vindo a aumentar. Em Abril de 2005 surgem as primeiras linhas de um modelo de cuidados continuados para Portugal que visava a concepção de um novo espaço que disponibilizasse todos os cuidados necessários a cada indivíduo. Nesta extensão, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados

Integrados (RNCCI), que, seguindo as directrizes de um modelo biopsicossocial e articulando os cuidados de saúde com o apoio social, presta um serviço individualizado e promotor da melhoria da qualidade de vida e da satisfação dos indivíduos.

Esta dissertação engloba duas partes, relativas ao enquadramento teórico e ao estudo empírico. Primeiramente, é abordada a problemática do envelhecimento demográfico a nível mundial, esmiuçando esta questão para a situação actual da demografia portuguesa. Posteriormente, procede-se à caracterização do envelhecimento sob um ponto de vista biopsicossocial, fazendo referência às suas principais implicações na saúde enquanto processo patológico. Assim, torna-se pertinente abordar a questão da qualidade de vida nos idosos, destacando o impacto da DC no indivíduo e na família.

Para compreender a dinâmica deste tipo de equipamentos no contexto de internamento procede-se a uma breve caracterização do processo de internamento, evidenciando as repercussões que este mesmo processo tem no idoso. Posteriormente, é abordada a questão dos cuidados continuados, contextualizando-os no âmbito da RNCCI e fazendo referência às unidades de internamento de que dispõe, nomeadamente as de convalescença, as de média duração e reabilitação e as de longa duração e manutenção. Pretende-se evidenciar a necessidade de avaliação do grau de satisfação dos utentes que usufruem dos cuidados disponibilizados por este tipo de serviço.

Na parte empírica, procede-se à definição dos objectivos. São expostos os procedimentos metodológicos inerentes ao desenho da investigação, à recolha de dados e à selecção da amostra e são apresentados os instrumentos utilizados neste estudo, como também é realizada a caracterização da amostra. De seguida, são apresentados os resultados obtidos, com posterior discussão dos mesmos. De modo conclusivo são referenciadas algumas considerações pertinentes a este mesmo estudo, resultantes da análise realizada.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

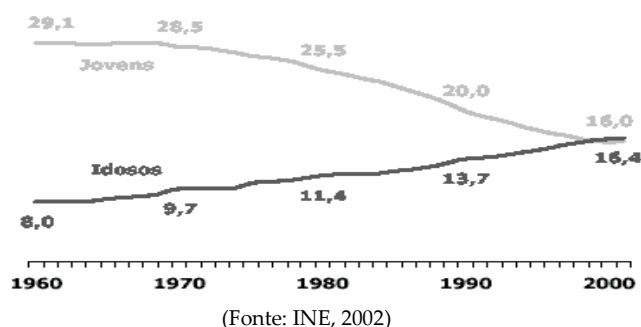
1. Envelhecimento demográfico: uma realidade emergente

O fenómeno de envelhecimento demográfico ocorreu em todos os países desenvolvidos e tem ganho maior intensidade nos países em desenvolvimento (INE, 2002). O declínio progressivo das taxas de natalidade e de mortalidade, acompanhado do aumento da esperança média de vida (EMV), demarca a presença de idosos, nomeadamente os muito idosos. De notar que esta realidade é acentuada com o processo de envelhecimento das gerações decorrentes do período do “*baby boom*”, verificando-se um contínuo crescimento desta população (CEE, 2005).

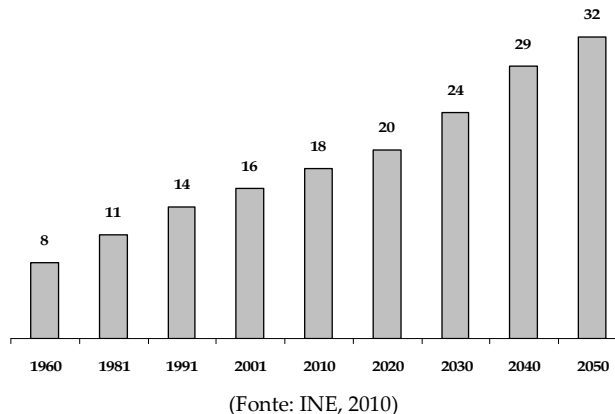
No período de 1960 a 2000, a proporção mundial com 65 e mais anos aumentou de 5,3% para 6,9% do total da população e, de acordo com a projecção de população mundial das Nações Unidas, prevê-se que atinja a proporção de 15,6% até ao ano de 2050 (INE, 2002). No que concerne aos indivíduos com 80 e mais anos, entre 2005 e 2010 assistiu-se a um crescimento de 17,1% e as projecções para 2030 apontam para um aumento desta faixa etária para 57,1% (CEE, 2007).

Face a este panorama mundial, Portugal não é excepção. Apesar de na década de 70 ter sido considerado um dos países mais jovens da Europa, actualmente é identificado como o 8º país mais envelhecido a nível mundial (ONU, 2009). De facto, assiste-se a um aumento de idosos acompanhado por um declínio de jovens, o que decreta o duplo envelhecimento, que se encontra bem patente na estrutura demográfica de Portugal (ONU, 2009). O Gráfico 1 representa a evolução da população idosa em Portugal ao longo de quarenta anos, desde a década de 60. Neste período, a proporção de indivíduos idosos mais que duplicou. Assim não se verificou relativamente à proporção da população jovem, na medida em que esta sofreu um declínio abrupto, nomeadamente a partir da década de 80 (INE, 2009). Evidencia-se o progressivo aumento do Índice de Envelhecimento (IE)¹, que traduz o envelhecimento populacional, isto é, reflecte o aumento da população idosa face à diminuição da população jovem. Em 2005 assistia-se a uma proporção de 17,1% de idosos face à proporção de 15,6% de jovens (INE, 2009).

¹ Índice de Envelhecimento (IE) = $\frac{\text{População Idosa (+65)}}{\text{População Jovem (0-14)}}$, (nº residentes idosos/100 residentes jovens)

Gráfico 1- Evolução da proporção da população jovem e idosa em Portugal - 1960 a 2000

É importante clarificar que o envelhecimento pode ser analisado de acordo com duas ópticas conceptuais. Por um lado, assiste-se a um envelhecimento individual resultante do aumento da longevidade, ou seja, verifica-se que a EMV para indivíduos com 65 anos tem vindo a aumentar. Por outro lado, mas concomitantemente, há também um envelhecimento populacional, derivado do aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população total. No Gráfico 2, está representada a proporção de idosos em Portugal, no qual se verifica que a mesma sofreu um aumento para 18% até à actualidade e prevê-se que continuará a aumentar de modo significativo.

Gráfico 2- Proporção (%) da população com 65 ou mais de idade em Portugal (1960 e 2050)

Contudo, estamos perante um cenário onde o envelhecimento vai muito mais além do que uma questão demográfica. Deparamo-nos com a adversidade de se manter saudável esta população inactiva, com repercussões quer a nível individual, como social e económico. Deste modo, é inaceitável enfrentar o envelhecimento sem reflectir na problemática que se cinge em torno da inserção das populações idosas, nomeadamente as condições de vida que lhes são proporcionadas. E é neste contexto de fortes transformações sociodemográficas que as políticas de prevenção comunitária devem ser adaptadas, para responder da melhor forma a este grande desafio que se coloca para a sociedade portuguesa.

2. O processo de envelhecimento: enquadramento biopsicossocial

O processo de envelhecimento caracteriza-se como sendo natural e inerente a qualquer ser humano, sendo por isso universal. Evolui de forma progressiva e dinâmica, manifestando-se através de diversas e dissemelhantes mutações morfológicas e funcionais, o que determina o seu carácter variável e individual. De facto, cada espécie evolui de forma independente e singular, de acordo com uma velocidade própria para envelhecer, o que determina diferentes manifestações de declínio funcional de pessoa para pessoa (Hershey, 1984; Neri & Freire, 2000).

O estudo do processo de envelhecimento constitui-se um campo bastante complexo, por englobar múltiplos aspectos que abrangem várias áreas das ciências humanas e biológicas, e que desperta um particular interesse por muitos investigadores. Estes procuram aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno em causa, tentando encontrar respostas para as demais questões que surgem neste âmbito.

De acordo com Schroots e Birren (1980) (cit. por Paul & Fonseca, 2001), o envelhecimento está subjacente a três influências, sendo elas a biológica, social e psicológica, constituindo-se, portanto, um fenómeno biopsicossocial. De salientar que estes domínios não são distintos uns dos outros, uma vez que se verifica uma forte relação entre todos eles.

2.1. Envelhecimento biológico

O envelhecimento biológico compreende uma dinâmica entre ganhos e perdas, na qual estas últimas se destacam à medida que cada um envelhece (Heckhausen, Dixon e Baltes, 1989). São mudanças físicas que afectam de algum modo o padrão global de saúde, reduzindo a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo e diminuindo a probabilidade de sobrevivência. Na realidade, este carácter biológico do envelhecimento exterioriza-se por um declínio das funções físicas, com uma patente lentidão e enfraquecimento das capacidades motoras (Macieira-Coelho, 1989). Estes distúrbios funcionais advêm da diminuta capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático com que o idoso se depara num determinado momento da sua vida, o que conduz a uma vulnerabilidade crescente para as doenças crónicas e perda de autonomia e independência, assim como também aumenta a sua susceptibilidade para a morte (Netto & Ponte, 2000).

Podemos admitir duas tipologias de envelhecimento tendo em conta determinadas características. Por um lado, identifica-se o envelhecimento primário (normal), que diz respeito ao processo de senescência e que depende de factores genéticos. Como não envelhecemos ao mesmo ritmo, nem do mesmo modo, nem sempre nos é possível prever atempadamente as alterações decorrentes do avançar da idade. Por outro lado, reconhece-se o envelhecimento secundário (patológico), que se caracteriza pela presença de doenças e que depende de diversos factores

interdependentes do próprio processo de senescência, da sua própria especificidade humana e de um conjunto de factores, como a idade, o sexo e o contexto onde o indivíduo se encontra inserido (Busse, 1969; Miller, 1994; Martín, 1997; Spar & La Rue, 2005). De facto, as limitações impostas pelo envelhecimento normal são acentuadas quando surgem doenças debilitantes. Qualquer tipo de doença arrasta consigo uma série de perdas que ameaçam o equilíbrio orgânico e/ou psíquico do indivíduo.

De acordo com Montorio e Izal (1999), a distinção entre estas duas tipologias de envelhecimento é estabelecida até um determinado limite, no sentido em que o envelhecimento normal atinge um limiar que, quando ultrapassado, se considera patológico.

A natureza do envelhecimento e da velhice é de facto muito mais complexa e heterogénea do que normalmente se considera, pois o desenvolvimento na velhice implica uma busca incessante da homeostasia individual. Ou seja, à medida em que se envelhece, o indivíduo procura o equilíbrio entre as suas limitações, que o próprio envelhecimento obriga, e as suas potencialidades, que ainda permanecem e que devem ser maximizadas (Helin, 2000).

2.2. Envelhecimento psicológico

Existem diferentes perspectivas teóricas que abordam a questão do envelhecimento psicológico. Até à segunda metade do século XX, os estudos apontavam para um declínio intelectual em diferentes domínios que acompanhavam o envelhecimento. A partir da década de 60 os resultados de diversas pesquisas ostentavam uma visão mais optimista, embora ainda com a relevância de algumas perdas intelectuais normais com a idade (Fonseca, 2004).

O domínio psicológico compreende as reacções emocionais, os mecanismos perceptivos, a personalidade, os estilos de relação interpessoal, a aprendizagem, a memória e a cognição, que determinam a capacidade do indivíduo para enfrentar e de se adaptar às mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Como capacidades mais afectadas, podem ser identificadas (i) a organização de informação, (ii) a concentração, (iii) a resolução de raciocínios abstractos, (iv) a realização de tarefas não familiares, (v) a adaptação a novas situações, (vi) a aquisição de novos conceitos e (vii) o tempo de reacção (Marchand, 2005; Spar & La Rue, 2005).

De facto, a idade avançada está associada ao declínio das capacidades intelectuais, mas nem sempre é possível proceder a uma clara distinção relativamente aos aspectos sócio-biológicos, uma vez que não são independentes uns dos outros. Ou seja, se por um lado as mudanças sócio-biológicas afectam o psicológico, também este pode afectar o funcionamento biológico e a acomodação no contexto social.

2.3. Envelhecimento social

O envelhecimento é marcado por uma série de condicionantes sociais presentes ao longo do ciclo de vida, nomeadamente as condições culturais, económicas e políticas do país, comportamentos e estilo de vida de cada indivíduo e meio familiar e social.

Ao processo de envelhecimento estão associadas transformações ao nível dos papéis sociais, das relações familiares e da própria rede social do indivíduo, que induzem novas condições de vida às quais o indivíduo tem que se adaptar.

De facto, a velhice caracteriza-se frequentemente pela perda de alguns papéis, sendo que a mais evidente diz respeito à perda do papel profissional, isto é, a reforma. Esta representa a transição para o estatuto de idoso e inactivo, com o qual o indivíduo se depara com uma forte diminuição dos contactos sociais e, concomitantemente, com um aumento exponencial do tempo livre. Desta forma, exige uma reorganização do quotidiano e redefinição de objectivos, para encontrar um papel que garanta a manutenção do seu sentido de utilidade.

Outra perda que se verifica na velhice é a diminuição das redes sociais, intensificando-se as relações familiares. A manutenção das relações é avassalada pelas perdas relacionais, associadas à morte de amigos, assim como pela própria vulnerabilidade física e psíquica do indivíduo. Este aspecto constitui um desafio para os idosos, que se deparam com a necessidade de descobrir novas fontes de apoio. Tal, nem sempre é possível devido às baixas expectativas em relação à constituição de novas amizades e ao agravamento de doenças (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

No que concerne às transformações na estrutura familiar, estão articuladas as alterações a conjugais, filiais e fraternais. Quando os filhos adultos abandonam o lar paterno, o casal depara-se com uma composição similar à inicial (família pós-parental). O relacionamento estabelecido com os filhos caracteriza-se por um envolvimento diferente, em que estes concedem o apoio emocional e instrumental indispensável aos pais, que por sua vez dão apoio a nível económico, doméstico e cuidam das gerações mais novas, assumindo o papel de avô. Também se verifica que a maior disponibilidade de tempo, a aproximação do fim de vida e a valorização de memórias passadas são facilitadores para o reencontro entre irmãos, cuja relação fraternal se intensifica (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

3. O envelhecimento e a doença crónica

Os idosos apresentam uma série de particularidades diferenciais, que condicionam a representação do seu estado de saúde. Quando ultrapassada a barreira dos 65 anos, os indivíduos

deparam-se com maiores riscos de morbilidade, mortalidade e incapacidade, o que na maioria das vezes dizem respeito a repercussões de doenças crónicas (WHO, 2002).

É frequente cometer o erro de identificar sintomas de uma determinada patologia como sendo inerentes ao processo de senescência. Também a pluripatologia, isto é, a existência de múltiplas doenças, dificulta o diagnóstico diferencial. As doenças interrelacionam-se de forma complexa, o que pode desencadear uma cascata de problemas em volta do idoso, com repercussões multidimensionais. A sintomatologia de uma determinada doença pode manifestar-se de forma variável de pessoa para pessoa e de acordo com a idade, podendo ser mascarada pela existência de uma outra (Martín et al, 1999).

No que concerne ao conceito de doença crónica, são diversas as definições existentes, embora haja uma concordância perante o facto de não terem cura e, por isso mesmo, se manifestarem permanentemente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) distingue a DC como uma doença de carácter progressivo, lento e de longa duração, e que respeita determinadas características primordiais, como ser permanente e induzir um estado de incapacidade ao indivíduo (OMS, 1989). Em conformidade com esta ideologia, Michael Bury contempla a DC como um evento marcante na vida do doente, por originar situações de dependência com fraca recuperação (Bury, 1991). De facto, as doenças, cuja propensão é a de se prolongarem durante toda a vida, são avassaladas por causas irreversíveis, o que induz situações de incapacidade (Ribeiro, 1999).

As repercussões induzidas pela doença podem interferir numa estrutura ou função biológica, determinando uma condição crónica, mas o conceito de DC pode ser entendido pelo simples facto de ainda não existir uma cura para a mesma (Black & Matassarini-Jacobs, 1996). A autora Susan Wendell acrescenta ainda que uma doença é considerada crónica se persistir durante mais de seis meses e que, embora não tenha cura, não é fatal (Wendell, 1996).

A nível nacional, a legislação existente relativamente ao conceito em questão é sustentada em diferentes documentos oficiais. De acordo com o Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, nº 407/98 de 18 de Junho, a doença crónica engloba as doenças ou sequelas resultantes de patologias, como as cardiovasculares, respiratórias, genitourinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas. Um ano mais tarde, surge o Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, nº 861/99, de 10 de Setembro que prevê que a doença crónica como uma “doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante” e em que a “situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral”.

Perante uma doença de longa duração, verifica-se a necessidade de adaptação aos efeitos prolongados da doença. É fundamental que o doente respeite uma série de prescrições terapêuticas e que seja provido de meios e de informação imprescindíveis à sua readaptação ao novo estilo de vida com que se depara. Esta situação exige que haja um acompanhamento constante do doente, isto é, que haja um controlo periódico, seguido de observação e tratamento regulares (Ribeiro, 1999).

Todas as alterações às quais o doente crónico se submete podem ser desgastantes física e psicologicamente, o que muitas vezes é acompanhado por situações de isolamento, solidão e depressão (Bolander, 1998). A DC abala fortemente na homeostasia do indivíduo, uma vez que além de interferir o sistema biológico do doente, também há uma possante propensão em imiscuir-se em todas as suas vivências a nível emocional, familiar, social, entre outras.

As exigências inerentes à DC dependem de diversos factores, como as características individuais (como aceita a doença e como perspectiva o futuro), o factor económico e o contexto social. É essencial capacitar o indivíduo para que o próprio defina estratégias para lidar da melhor forma com a sua doença e para actuar na íntegra aquando a ocorrência de uma crise. Contudo, este processo torna-se ainda mais complexo quando o doente encara a sua doença como aguda. Esta distorção da realidade resulta, em parte, da dificuldade em admitir a condição irreversível que a doença tem e cujo tratamento é permanente (Leventhal et al., 1985).

Evidencia-se a importância exponencial que as doenças crónicas têm adquirido, que induzem estados de sofrimento e incapacidade ao indivíduo. As estimativas mundiais apontam para a existência de aproximadamente 80% de indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, que padecem de pelo menos uma doença crónica (Benjamin & Cluff, 2001).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde, apresenta um relatório referente às doenças crónicas a nível mundial, que afirma que, à data, de um total de 57 milhões de mortes, 59% eram o resultado da grande incidência de doenças crónicas. Destas, destacavam-se as doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias, diabetes, cujas repercussões fatais continuaram a aumentar progressivamente (WHO, 2002). Em 2005, as estimativas teriam aumentado cerca de 2 milhões de mortes (Strong et al., 2005). Destes 36 milhões de pessoas que morreram devido a uma doença crónica, metade tinha menos de 70 anos. Além de constituírem a principal causa de morte no mundo, as doenças crónicas representam também o aumento de incapacidade, afectando os países em desenvolvimento, assim como os industrializados (WHO, 2002). No que concerne às estatísticas nacionais para a existência de doenças crónicas na população idosa, verifica-se uma

concordância com os dados mundiais. Calcula-se que cerca de 88% da população em questão possui uma doença crónica, em que 21% revela incapacidades crónicas (Sousa, 2007).

Na realidade, as doenças crónicas influem directamente nos níveis de incapacidade funcional dos idosos. Embora se verifique que a maioria destes se encontra funcional, há uma tendência para o aumento de incapacidade associada à idade, tendência esta que é exacerbada com a existência de doenças crónicas. (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

De acordo com o estudo do Observatório Nacional de Saúde sobre a prevalência de doenças crónicas, realizado no território nacional, verifica-se que são as doenças reumáticas e a hipertensão arterial que prevalecem perante doenças como bronquite asmática, diabetes, cancro e parkinson. Para estas doenças crónicas, é evidente a predominância de idosos, sendo a maioria do género feminino (ONSA, 2005). Não obstante, tanto os indivíduos do género masculino como do feminino apresentam igual susceptibilidade para condições patológicas. Advém que os indivíduos do género masculino não apresentam hábitos de prevenção de saúde, recorrendo aos cuidados médicos apenas perante a evidência e persistência de alguns sintomas (Costa-Júnior & Maia, 2009). Tal caracteriza os inúmeros casos que são desconhecidos e que permanecem em silêncio e cujo diagnóstico acaba por ser tardio.

3.1. Perspectiva biomédica e biopsicossocial

O conceito de doença surge primeiramente de acordo com uma visão muito elementar, cingindo-se apenas a “ausência de saúde”, enquanto que saúde era definida como “ausência de doença”, e em que as dimensões emocional e social eram descuradas (Bolander, 1998). São diversos os modelos sobre a doença que acompanham o período de evolução da medicina, destacando-se dois, sendo eles o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial.

De carácter redutor, o modelo biomédico considera unicamente os factores biológicos como possíveis causas para as doenças, adoptando uma abordagem individualista, na qual se excluem os factores psicossociais (Ribeiro, 1999). De acordo com este modelo, a doença irrompe das mutações a nível biológico, cujo tratamento fica, única e exclusivamente, sob a responsabilidade médica. Perante esta perspectiva, o doente assume um papel passivo, segundo o qual tem que obedecer às prescrições dos profissionais de saúde. Ao focar a questão da DC de acordo com este modelo de carácter tão redutor, que se centra apenas no que é perceptível perante uma avaliação clínica, o doente é responsável pela sua doença e tem que se adaptar à sua própria realidade individualmente, uma vez que o modelo contesta a adaptação da sociedade para o integrar na mesma (Lyons, Sullivan & Ritvo, 1995).

A partir do final do século XX, a DC passou a constituir um dos primordiais alvos de interesse pela sociologia médica, pelo que cada vez mais surge a necessidade de postergar a abordagem centrada no modelo biomédico clássico. Em 1977, Engel apresenta o modelo biopsicossocial que se centra no doente e não propriamente na doença. Este enfatiza os aspectos biológicos, psicológicos e sociais como pilares para a compreensão, avaliação e prevenção da doença (Engel, 1977). Corroborando a teoria sistémica, que se centra na interacção dos aspectos mencionados, o modelo biopsicossocial caracteriza-se como um modelo de intervenção em rede. O mesmo induz um equilíbrio na tríade composta por profissional de saúde, doente e contexto onde este se insere, que resulta da forte conexão estabelecida entre estes (Sousa, 2004).

Abandonando um modelo que destaca o doente crónico num esquema unidireccional, surge cada vez mais o reconhecimento merecido de factores associados ao doente que permitem uma abordagem mais holística da doença crónica. É fundamental que esta problemática seja analisada de acordo com uma perspectiva sociológica da doença, o que deverá implicar a interacção de diversas áreas de conhecimento.

4. A doença crónica e a qualidade de vida no idoso

O Grupo de Qualidade de Vida da Divisão da Saúde Mental da OMS definiu Qualidade de Vida (QV) como a percepção que o próprio indivíduo tem relativamente à “sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994). Como reforça Sousa, Galante & Figueiredo (2003), a QV depende de diversos factores, nomeadamente da satisfação com a vida, do bem-estar social, do nível de independência e controle e de competências a nível social e cognitivo.

Na realidade, ao conceito de QV estão associadas inúmeras definições, pois de facto são diversas as disciplinas que tentam definir este conceito tão subjectivo, abrangente e, por isso mesmo, muito complexo, principalmente quando se pretende definir a QV na velhice. De facto, a definição de QV na idade avançada constitui um desafio multidimensional, pois existem diferentes padrões de envelhecimento (Fleck et al, 2008). Este desafio é ainda dificultado pela visão estereotipada da velhice que dificulta uma perspectiva positiva da mesma, nomeadamente ao afirmar que a maioria dos idosos é infeliz, doente e que se tratam de sujeitos menos produtivos que os jovens (Fernandes, 1997).

De acordo com Baltes e Cartenden (1996, cit. por Paúl & Fonseca, 2005), é fundamental que o idoso detenha a capacidade para se adaptar às perdas associadas ao envelhecimento, assim como adoptar um estilo de vida que propicie a manutenção da sua integridade física e mental, de forma

a conseguir uma velhice com qualidade. São as características da personalidade e as influências do desenvolvimento ao longo do curso de vida que prevalecem como determinantes para a QV individual, e não a idade e as condições de saúde associadas à velhice (Oliveira, 2008).

Outro factor que parece ser também preponderante na QV é o estabelecimento de contactos sociais, dado que a ausência de relações sociais determina uma diminuição da mesma. De acordo com alguns estudos, um bom apoio a nível emocional e/ou instrumental pode ter um efeito positivo na saúde (Silva et al, 2003).

Enquanto que para alguns autores a QV no idoso diz respeito a uma percepção global da vida pessoal, à qual estão associados diversos domínios, para outros a QV fundamenta-se num bem-estar pleno ao nível da saúde, havendo uma grande divergência de definições. Porém, uma avaliação da QV deve ser feita com base numa análise holística, isto é, devem ser consideradas as condicionantes a nível material, emocional, social e de saúde (Paúl & Fonseca, 2001). Uma vez que os idosos constituem um grupo muito heterogéneo, são reconhecidos diversos factores de QV, que são definidos de acordo com o que cada um valoriza e com o seu próprio contexto. Contudo, verifica-se que a capacidade funcional e principalmente a saúde assumem um papel primordial como dimensão da qualidade de vida para esta faixa etária (Walker, 2005).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) diz respeito a um conceito mais específico, que representa a resposta de cada indivíduo face aos efeitos físicos, mentais e sociais que uma determinada doença induz na sua vida. Segundo Bowling (cit. por Dias, 2006) o conceito de QVRS contempla os aspectos positivos e negativos da vida, a saúde física, psíquica e social e satisfação com a vida. São vários os autores que assumem os sinais e sintomas da doença, o desempenho nas ABVD's, o estado emocional, a satisfação geral e bem-estar percebido como dimensões da QVRS.

4.1. Impacto da DC no idoso

Uma vez que a DC não se resume exclusivamente a um problema biológico, a mesma implica uma análise sob uma perspectiva integral e o seu impacto deve ser determinado de acordo com a influência que causa na qualidade de vida do doente (Pibernik-Okanovic, 2001). São muitas as doenças crónicas cujo impacto é mínimo, constituindo-se desta forma um processo relativamente simples, mas em contrapartida outras doenças podem implicar imensas dificuldades. Porém, o diagnóstico de uma doença crónica constitui um marco de vida deveras significativo para o doente (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003). Este depara-se com diversas dificuldades complexas que interferem no tecido biopsicossocial, principalmente quando estas coexistem com outras doenças (Sachdev et al., 2004).

Verifica-se uma grande variância de necessidades que são sustentadas de acordo com a etiopatogenia e com as próprias características individuais. Deparamo-nos desta forma com duas faces da moeda, isto é, se por um lado, as necessidades variam ao longo do decurso da doença e consoante a sua tipologia, por outro, as mesmas diferem de pessoa para pessoa, na medida em que cada uma encara o seu problema de forma exclusiva. Sob um ponto de vista mais generalizado, é possível estandardizar alguns problemas que os doentes crónicos partilham entre si, nomeadamente os sentimentos de perda, tristeza, ansiedade, revolta e a necessidade de reconstrução da vida pessoal e reestruturação de responsabilidades (Bolander, 1998).

Strauss et al., citados por Bolander, circunscrevem esta questão a sete problemas que consideram ser inerentes aos que sofrem de doenças crónicas, sendo eles (i) a prevenção e controlo de crises, (ii) a gestão de regimes prescritos, (iii) o controlo de sintomas, (iv) a prevenção do isolamento social, (v) a adaptação às demais alterações, (vi) a normalização do quotidiano e (vii) o controlo do tempo (Bolander, 1998). Uma doença crónica requer uma planificação eficaz, de forma a preparar situações adversas, pois quanto mais imprevisíveis e frequentes forem as alterações decorrentes da doença, mais difícil será a adaptação à mesma. O paciente crónico tem que (con)viver com a doença até à finitude da sua existência, o que implica a mudança de hábitos do seu estilo de vida. Neste processo longo e demorado de adaptação à nova condição de vida existem muitos doentes crónicos se afastam de outras pessoas, o que origina frequentemente situações de depressão e solidão (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1994; Radley, 1995).

4.2. Impacto da DC na família

Todo este conjunto de mudanças perante o diagnóstico de uma doença crónica é tão significativo para o doente como para todos os elementos constituintes da sua rede familiar. Como já foi supracitado, a doença acarreta inúmeros problemas em todos os aspectos da vida do idoso, nomeadamente restrições na realização das actividades de vida diária (Lubkin, 1986), problemas psicológicos e sentimentos de inutilidade, associados ao aumento de dependência (Lee, 1985), mas também se verificam alterações na relação entre os membros da família (Leventhal, Leventhal & Nguyen, 1985).

De acordo com Santos e Sebastiani (2001), existem três tipos de reacções que a família pode ter face à situação de doença (Quadro 1). Verifica-se sempre uma paralisação no momento de crise, sendo muito comum a procura do resgate do estado anterior à doença, existindo ainda sistemas familiares que identificam benefícios decorrentes das contrariedades da situação de doença.

Quadro 1- Reacções da família face ao momento de crise da doença

Reacções:	Comentário:
a) Resgate do estado anterior	<ul style="list-style-type: none"> Estado anterior da doença não pode ser resgatado; Família tem que se adaptar e alcançar nova identidade; Dificuldades no processo adaptativo.
b) Paralisação face ao impacto da doença	<ul style="list-style-type: none"> Tempo para superar esta fase é variável; Impacto é dependente da importância que paciente possui no equilíbrio dinâmico do sistema familiar.
c) Identificação de benefícios	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldades de adaptação à nova realidade por parte do paciente; Culpabilização do doente perante a doença; Sistema familiar não abre espaço para inserção do paciente.

(Fonte: Santos e Sebastiani, 2001)

Reconhecendo o impacto da doença na estrutura familiar, Góngora (1996) sintetiza as inúmeras repercussões em três níveis de alterações, que dizem respeito às i) alterações estruturais, ii) processuais e iii) cognitivo-emocionais.

i) Alterações estruturais

As alterações estruturais influenciam fortemente todos os elementos da família e Góngora (1996) caracteriza-as de acordo com quatro níveis: a) rigidez da interacção familiar e da relação família-paciente; b) rigidez na interacção entre serviços assistenciais e família; c) escolha do papel de cuidador familiar primário e d) isolamento social da família.

a) Rigidez da interacção familiar e da relação família-paciente

É comum que os familiares assumam a realização das tarefas que o doente não consegue concretizar devido ao comprometimento de determinadas funções associado à doença. Porém, mesmo quando essas funções já se encontram reabilitadas, verifica-se que a família tende em alimentar a estagnação do doente ao impedi-lo de as executar independentemente. Esta protecção extrema vai exacerbar a sua incapacidade derivada da doença e definir um cenário irreal de défice físico e/ou cognitivo, o que pode originar sentimentos de incapacidade e inutilidade no doente.

b) Rigidez na interacção entre serviços assistenciais e família

O facto de os profissionais de saúde transmitirem uma mensagem conotada de um sentido de incompetência por parte da família, impulsiona sentimentos de culpa e entendimentos de incompetência.

c) Escolha do papel de cuidador familiar primário

Para a escolha do papel de cuidador primário estão subjacentes factores culturais e de proximidade física e emocional, sendo que, por norma, é o género feminino a adoptar as funções inerentes a este papel. O cuidador assume um compromisso de exclusividade para com o doente, o que impõe o adiamento dos projectos de carácter pessoal, a diminuição, ou até mesmo a ruptura, da vida profissional, a fragilidade emocional e a exaustão física e mental. É fundamental dota-lo de

estratégias que permitam a recuperação destas forças, bem como negociar a tomada de papéis para facilitar seu o descanso.

d) Isolamento social da família

Uma família que se depare com as circunstâncias impostas por uma doença crónica tende a isolar-se socialmente, o que pode ser o resultado do estigma da sociedade face a determinadas doenças. É essencial clarificar e disponibilizar informações detalhadas sobre as doenças, para que seja possível desmistificar todo um conjunto de concepções erróneas. Também é importante prestar apoio emocional, dado que o isolamento e a exclusão sociais potenciam o impacto negativo que a doença exerce na vida do doente, por aumentar a sua vulnerabilidade a transtornos mentais que prejudicam todas as dimensões intrínsecas à condição humana.

ii) Alterações processuais

No que concerne às alterações processuais, Góngora (1996) afirma que a doença implica um processo de adaptação das necessidades da família, uma vez que coincide, inevitavelmente, com um determinado momento do ciclo de vida familiar.

Torna-se pertinente, portanto, esclarecer a dinâmica do ciclo de vida familiar sob um ponto de vista de duas fases familiares, como propõe Lee Combrick-Graham (1985, cit. por Rolland, 2000), ao definir um modelo em espiral do ciclo de vida. Através deste, a investigadora considera a existência de momentos centrípetos, que correspondem aos períodos de maior coesão intrafamiliar, que se alternam com momentos centrífugos, que se caracterizam pelo distanciamento entre os membros da família (Rolland, 2000).

Por norma, a DC constitui-se como um propulsor de uma força centrípeta no sistema familiar, que, por exigir um longo período de socialização com os sintomas associados à doença, a perda de uma determinada função e as novas exigências de mudança, origina uma maior coesão na família (Rolland, 2000). Contudo, a adaptação à mesma depende do momento em que a família se encontra. Quer com isto dizer que se a doença surge durante um momento centrípeto da família, a adaptação será facilitada. Por outro lado, se o aparecimento da doença coincide com um momento centrífugo, a família poderá deparar-se com um retrocesso ou paragem do seu ciclo normativo.

iii) Alterações cognitivo-emocionais

As alterações cognitivo-emocionais dizem respeito à forma como os indivíduos reagem a determinadas situações, como ao luto pela saúde e pela perda de funções e independência, aos tratamentos, ao contacto com os profissionais, à falta de informação, entre outras.

Neste grupo de alterações, identificam-se ainda os sentimentos de culpa, ressentimento e impotência, bem como os sentimentos ambivalentes, isto é, quando a vontade em ajudar o doente é

acompanhada pelo sentimento de sacrifício. O cuidador pode atingir um ponto de saturação e desistir de prosseguir com as exigências que este papel acarreta, exacerbando o sentimento de fardo para o doente.

5. O internamento e suas repercussões no idoso

O afastamento da residência habitual, seja por um período curto ou longo, que exija a integração num novo contexto residencial, por si só, implica uma alteração no estilo de vida do indivíduo e afecta fortemente a sua funcionalidade nas AVD's. O contexto residencial espelha a identidade do indivíduo, pois diz respeito a um local onde este tem a sua intimidade, a sua privacidade e os seus objectos materiais. Também surge como a origem dos contactos sociais e familiares, de conhecimentos e de rotinas diárias, oferecendo segurança e fomentando a continuidade entre o passado e o presente, uma vez que se constitui um grande depósito de lembranças (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Para um idoso, viver no seu próprio contexto residencial representa a sua independência, pelo que a exigência do abandono do mesmo representa um factor propulsor de um conjunto de sentimentos marcantes que o poderão colocar numa situação mais vulnerável, quer física quer psicologicamente (Cabete, 2005).

O internamento surge em consequência de um determinado problema de saúde que pode originar a dependência funcional do idoso, constituindo uma nova realidade para o mesmo. Os equipamentos que acolhem os idosos apresentam uma dinâmica específica, que se caracteriza pela padronização de actividades e que diferem das rotinas de cada idoso, o que pode causar a sua desorientação e confusão (Cabete, 2005). É o idoso que assume o controlo de acordo com as suas próprias regras no seu próprio contexto, enquanto que na situação de internamento o mesmo tem que se adaptar às regras impostas pelo novo espaço. O idoso receia o espaço que lhe é estranho e que muitas vezes implica a exposição do seu corpo, vivenciando sentimentos de acordo com a sua personalidade e o significado que atribuem ao contexto de internamento. São vulgares os sentimentos de incerteza, insegurança, frustração, ansiedade, alegria, angústia, expectativa, entre outros, inerentes ao receio de invalidez, de inutilidade, de sofrimento e de serem sujeitos a exames dolorosos (Prochet e Silva, 2008). Este cenário é exacerbado quando o idoso sente que os profissionais se preocupam apenas com a sua dimensão física, descurando a dimensão emocional (Cabete, 2005).

Ao internamento está, muitas vezes, associada a permanência na cama, o que interfere drasticamente com a homeostasia do indivíduo e exacerba as consequências do processo da senescência. Como consequências a nível funcional, destacam-se as seguintes: i) aumento da

vulnerabilidade à desidratação e hipotensão, resultante da diminuição da água corporal; ii) maior risco de síncope e quedas, associado à administração de sedativos; iii) menor ventilação pulmonar, que pode originar confusão mental, sonolência e/ dispneia; iv) desmineralização óssea, nomeadamente no género feminino; v) alterações na eliminação urinária, o que pode impelir a incontinência urinária (Creditor, 1993, cit por Cabete, 2005). Além destas repercussões no estado funcional do idoso, podem também ocorrer perturbações a nível mental e emocional, que podem agravar a situação clínica do indivíduo. Deste modo, é imprescindível que o contexto de internamento transmita segurança, ofereça condições para prevenir, tratar e reabilitar a condição de doente com que o indivíduo se depara (Cabete, 2005).

6. Os cuidados continuados integrados

O aumento progressivo da esperança média de vida e de pessoas com patologias de evolução prolongada impulsionaram novas necessidades ao nível dos cuidados de saúde, exigindo uma forte componente de apoio psicossocial (MS, 2004). Deste modo, surge a necessidade de colmatar esta lacuna na realidade portuguesa através dos cuidados continuados integrados, por se fundamentarem precisamente na articulação de intervenções de apoio social e de saúde.

De facto, a promoção de cuidados continuados é identificada como imprescindível a um sistema de saúde que deve estar preparado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer (DGS, 2004). Ao abordar a questão dos cuidados continuados integrados compreende-se o conjunto de intervenções que assentam em três pilares fundamentais, sendo eles a reabilitação e readaptação do indivíduo e sua reinserção familiar e social. Este processo envolve um processo terapêutico decorrente de uma avaliação que visa a recuperação global do indivíduo, promoção da sua autonomia e melhoria da sua funcionalidade (Decreto-Lei nº101/06, 2006).

Face a esta crescente necessidade de intervenção articulada de apoio social e de cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência é criado o despacho conjunto nº 407/98, que advoga um modelo de intervenção dirigido às pessoas em situação de dependência. Tendo sido o resultado das Direcções Gerais da Saúde e da Acção Social, este modelo surgia com vista à maximização das capacidades e competências do próprio indivíduo, bem como dos seus familiares, promovendo, concomitantemente, a autonomia do próprio. Este modelo contemplava os cuidados de saúde continuados, as respostas integradas (ADI e UAI) e o apoio social (SAD, CD, Lar, Acolhimento familiar, CAO, entre outros).

Após quatro anos, foi definida a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, para desenvolver respostas

integradas de cuidados de saúde e de apoio social, incluindo como tipologias de resposta o ADI, o Centro de promoção da autonomia e UAI (transitório, prolongado e permanente).

Com o decreto-lei nº 281/2003 do Ministério da Saúde, é reformulada a rede de prestação de serviços de cuidados no âmbito do sector da saúde, definindo como tipologias de resposta as unidades de internamento, unidade de recuperação global e unidade móvel domiciliária.

No ano de 2005 foi criada a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, que procurou desenvolver um modelo de cuidados continuados integrados destinado a estes indivíduos. O mesmo resultou na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, através da publicação do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho de 2006.

6.1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Com a criação da RNCCI, foram abrangidas todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados à promoção, restauração e manutenção da qualidade de vida, do bem-estar e do conforto dos indivíduos que, em consequência de doença crónica ou degenerativa, necessitem dos mesmos, independentemente da sua idade (MS, 2004).

Sendo constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas”, a RNCCI assenta em três princípios fundamentais, sendo eles a reabilitação, a readaptação e a reintegração social de indivíduos que careçam de cuidados devido à sua situação de dependência. Deste modo, a prestação de cuidados implica a avaliação multidisciplinar contínua de cada utente, desde o seu momento de admissão na unidade até ao momento em que recebe alta, através da qual é possível definir um plano individual de cuidados adequado, reformulando-o sempre que necessário.

Neste sentido, foram estipulados determinados objectivos específicos, que se encontram definidos no artigo 4º do Decreto-lei 101/2006, nomeadamente “a) a melhoria das condições devida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; b) a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade, ou em risco de a perder, no seu domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; c) o apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação; d) a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; e) o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados; f) a articulação e coordenação

em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação; g) a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos”.

A RNCCI prevê diferentes tipos de unidades e equipas, nomeadamente as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias. As Unidades de internamento compreendem as unidades de convalescença, as de média duração e reabilitação (UMDR), as de longa duração e manutenção (ULDM) e as de cuidados paliativos. Nas unidades de ambulatório inclui-se a unidade de dia e de promoção da autonomia e nas equipas hospitalares estão implicadas as equipas de gestão de altas e as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos. Por último, as unidades domiciliárias compreendem as equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Procede-se à caracterização das três tipologias de unidades consideradas para este estudo, as unidades de convalescença, de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção.

a) Unidades de Convalescença (UC):

Em caso de internamento numa UC, prevê-se que os cuidados prestados incluam “tratamento e supervisão clínica continuada e intensiva e cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar por situação aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico”. Esta tipologia de cuidado encontra-se orientada para “a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos”. Por cada admissão, as UC compreendem um internamento até 30 dias consecutivos (artigo 13º, Decreto-lei nº 101/2006).

b) Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR):

No que concerne às UMDR, estas foram concebidas com vista à “prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente da recuperação de um processo agudo ou descompensação do processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável”. A sua finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral do indivíduo, compreendendo internamentos por um período entre 30 a 90 dias consecutivos (artigo 15º, Decreto-lei nº 101/2006).

c) Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM):

As ULDM foram concebidas para “proporcionar cuidados que previnem e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida” dos indivíduos. Estas unidades de internamento de carácter temporário ou até mesmo permanente,

sendo que o período de internamento é superior a 90 dias consecutivos, podem acolher indivíduos por um período inferior, correspondendo a situações temporárias decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador (artigo 17º, Decreto-lei nº 101/2006).

De facto, a gama de tipologias de cuidados que as unidades de internamento oferecem, compreendem um vasto leque de respostas, de forma a adequar-se às diferentes necessidades e perfis de utentes. Na Tabela 1 são sintetizados os serviços de que estas unidades dispõem aos utentes, de acordo com a sua tipologia.

Tabela 1- Serviços disponibilizados pelas Unidades de Internamento (UC, UMDR e UMDL)

Serviços	Unidades de Internamento		
	UC	UMDR	ULDM
Cuidados médicos	√ (p)	√ (d)	√
Cuidados de enfermagem	√ (p)	√ (p)	√ (d)
Exames complementares ²	√	-	-
Prescrição e administração de fármacos	√	√	√
Cuidados de fisioterapia	√	√	√
Terapia ocupacional	-	√	√
Apoio psicossocial	√	√	√
Higiene, conforto e alimentação	√	√	√
Actividades de manutenção e estimulação	-	-	√
Controlo fisiátrico periódico	-	-	√
Convívio e lazer	√	√	-
Animação sócio-cultural	-	-	√
Apoio nas ABVD's e AIVD's	-	-	√

2- diagnóstico, laboratoriais, radiológicos;

(p) permanentes; (d) diários

7. A satisfação dos utentes

As primeiras pesquisas sobre a satisfação dos utentes, relativamente aos cuidados de saúde, surgiram a partir dos anos 50, realizadas por sociólogos que se baseavam na interacção entre médico e utente. Nestes estudos a satisfação era entendida como a pretensão na continuidade do tratamento prescrito (Sepúlveda, 1998).

Na actualidade, a prestação de cuidados de saúde é encarada como um factor primordial no êxito dos próprios serviços de saúde, uma vez que estes existem para servir os seus utentes que carecem desses cuidados. De facto, essa prestação progride em prol destes mesmos utentes, existindo a preocupação em encontrar respostas adequadas às suas necessidades e expectativas, de forma a garantir um elevado grau de satisfação.

Contudo, estas necessidades e expectativas têm uma natureza peculiar, uma vez que, na maioria dos casos, o utente recorre aos serviços de saúde quando se encontra numa posição de grande fragilidade. Esta situação induz a sua procura por um serviço que seja eficaz à resolução dos seus problemas e que disponha de profissionais devidamente habilitados e com competência

técnica, que promovam o seu conforto e que transmitam simpatia e carinho. Deste modo, a opinião dos utentes é reconhecida como determinante na avaliação dos cuidados prestados (McIntyre & Silva, 2001; Ferreira et al, 2003).

De facto, em Portugal, o parecer dos utentes é reconhecido como um elemento primordial, como se comprova ao analisar a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90 de 24 de Agosto). No ponto 1 da Base II, estão estipuladas algumas directrizes a partir das quais a Política de Saúde nacional se rege. Este documento refere que a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde resultam do interesse dos utentes e que a participação destes é essencial para a definição da política de saúde e para o controlo do funcionamento dos serviços. O ponto 2 da Base V, respeitante aos direitos e deveres dos cidadãos, reforça esta directiva ao afirmar que todos “os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses”.

Um dos critérios de sucesso na prestação de cuidados de saúde é conhecer como os serviços respondem às necessidades dos utentes. Estes assumem um papel primordial por serem receptores directos dos cuidados de saúde, pelo que devem ser os principais avaliadores desses mesmos cuidados, ponderando de que forma estes contribuíram para melhorar o seu estado de saúde e aumentar a sua qualidade de vida (Ferreira et al, 2003). A opinião do utente é imprescindível para a monitorização da qualidade de um determinado serviço de saúde, identificação de lacunas que devem ser colmatadas e, consequentemente, a reorganização do serviço (McIntyre et al, 2002). De facto, cada vez mais a satisfação é identificada como um indicador de qualidade de cuidados de saúde prestados (McIntyre & Silva, 2001; Ferreira, 2003).

Os utentes têm opiniões muito diferentes relativamente aos cuidados de saúde, que estão dependentes de diversos factores como o que cada um valoriza, as suas expectativas, a associação com experiências anteriores com serviços de saúde, os resultados obtidos, entre outros (McIntyre & Silva, 2001; Paul et al, 1999; Ribeiro, 2003). Portanto, o conceito de satisfação é subjectivo e complexo, podendo mesmo ser entendido sob diferentes perspectivas (Ribeiro, 2003). Contudo, existem alguns autores que apontam para dois factores que devem ser alvo de uma análise criteriosa, sendo eles a falta de conhecimentos dos utentes para avaliar a competência técnica dos profissionais, como também o estado emocional e/ou físico que infere no seu julgamento (Monteiro, 1991).

O processo de avaliação da satisfação dos utentes depende do papel que estes assumem relativamente ao sistema de cuidados de saúde, sendo primordial que adoptem uma posição mais activa e consciente dos seus direitos e deveres (Monteiro, 1991; McIntyre e Silva, 1999; Ferreira, 2003; Hespanhol, 2003; Ribeiro, 2003).

ESTUDO EMPÍRICO

1. Enquadramento e objectivos do estudo

É frequente distinguir os cuidados físicos dos cuidados emocionais aquando a prestação de cuidados de saúde, assim como também a componente social é constantemente excluída. Tal pode ter repercussões significativas na vida do indivíduo, influenciando fortemente a sua qualidade de vida e determinando necessidades biopsicossociais. A RNCCI constitui exemplo de um modelo organizativo e funcional de prestação de cuidados adaptados e centrados nas necessidades de cada indivíduo. Este mesmo estudo pretende proceder a uma caracterização contemporânea desta problemática actual.

1.2. Objectivos do estudo

Em termos globais, este estudo engloba dois objectivos principais. Um primeiro objectivo é o de avaliar os diferentes domínios inerentes à percepção da QV em de doentes crónicos com 65 e mais anos, que se encontram internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Neste mesmo contexto, este estudo pretende ainda averiguar o grau de satisfação desses utentes relativamente à unidade, constituindo assim um segundo objectivo.

Estes dois objectivos gerais complementam-se com um conjunto de três objectivos específicos, que representam um fio condutor para os alcançar, sendo eles:

- a) Caracterizar a percepção de qualidade de vida indivíduos com 65 e mais anos portadores de uma doença crónica, enquanto receptores de cuidados nas UCCI;
- b) Descrever o grau de satisfação destes utentes quanto à prestação de cuidados pelos diversos profissionais que compõem a equipa técnica;
- c) Descrever a satisfação dos utentes perante o serviço disponibilizado nas UCCI, ao nível da sua organização e dinâmica.

2. Metodologia

2.1. Desenho da investigação

A abordagem metodológica envolvida neste estudo foi quantitativa, uma vez que os conceitos que se pretenderam estudar foram operacionalizados de forma quantificada. Sendo que a principal finalidade do estudo é a de explorar e caracterizar a situação em questão, distingue-se este estudo como sendo exploratório-descritivo.

O estudo em questão abarca uma amostra constituída por um total de 30 indivíduos que respeitam os critérios definidos. Foi estabelecido um único momento de inquirição, onde se procedeu à aplicação de dois instrumentos: EASYcare (Anexo I – Instrumento EASYcare) e questionário de satisfação (Apêndice III – Questionário de Satisfação). O quadro 2 identifica os domínios considerados para a análise de cada um deles, que seguiu uma linha de orientação de forma a responder aos objectivos inicialmente propostos para este estudo.

Quadro 2- Domínios para avaliação de cada um dos instrumentos utilizados e objectivos

Instrumentos	EASYcare	Questionário de Satisfação
Dimensões Avaliadas	<ul style="list-style-type: none"> - Aptidões visuais, auditivas e fala; - Auto-cuidado; - Mobilidade; - Segurança; - Recursos sócio-económicos; - Saúde mental; - Saúde física. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualidades humanas dos profissionais que compõem a equipa técnica; - Organização do serviço.
Objectivos	Caracterizar domínios de percepção da QV	Caracterizar grau de satisfação (Equipa técnica e Serviço)

2.2. Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados decorreu durante o período de Dezembro de 2009 a Maio de 2010. Para que este processo fosse possível foram seleccionadas diversas instituições que integrassem a RNCCI. Esta selecção foi intencional, na medida em que se teve em conta a proximidade geográfica e a existência de protocolos com a Universidade de Aveiro. De acordo com estes critérios foram seleccionadas 8 instituições, tendo sido contactadas por escrito, através de um pedido de autorização formal. Este pedido ostentava uma breve caracterização do estudo a realizar, bem como os seus objectivos, os critérios de selecção da amostra e instrumentos a serem aplicados (Apêndice I – Modelo de Pedido de Autorização). Esta fase constituiu-se de grandes dificuldades devido à longa demora na resposta por parte das instituições e por algumas terem negado a aplicação dos instrumentos.

Para rentabilizar o tempo referente ao período da recolha de dados, foi pedida a colaboração de algumas alunas do 4º ano da licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, que se encontravam no momento a estagiar numa das instituições seleccionadas. Previamente, foi realizada uma apresentação gradual do instrumento EASYcare, de forma a permitir a posterior aplicação do mesmo. Este procedimento envolveu uma apresentação de forma global das questões que compõem o instrumento, cuja análise de conteúdos foi sendo

afunilada com vista a obter informação com mais detalhe. Tal permitiu explorar a finalidade do instrumento e adquirir confiança na utilização do mesmo.

Para a identificação dos sujeitos relevantes para o estudo, que respeitassem os critérios de inclusão, foi pedida a colaboração das instituições, que posteriormente permitiram o contacto directo da investigadora principal com esses mesmos sujeitos, para a aplicação dos instrumentos.

Quando se recorre a um tipo de estudo que implique a participação de indivíduos, devem ser respeitadas determinadas diligências, nomeadamente as de natureza ética, de forma a garantir o anonimato de todos os participantes e a sua protecção relativamente a eventuais consequências menos positivas decorrentes do seu envolvimento. No estudo em questão, foram considerados três princípios fundamentais: i) o princípio de respeito pela dignidade humana, por reconhecer o indivíduo como autónomo, único e livre, pelo que deve ser respeitado o seu direito de autodeterminação e à sua plena informação; ii) o princípio da beneficência, no qual estão implícitos os benefícios potenciais decorrentes do estudo, sendo minimizados os riscos prejudiciais para os participantes e iii) o princípio da justiça, para a preservar a sua intimidade.

Todos os participantes foram contactados pessoalmente e esclarecidos sobre o estudo, tendo sido identificados os seus objectivos e as suas implicações, realçando a sua importância, quer a nível individual como colectivo. Também foram informados sobre os benefícios de prestarem o seu consentimento livre e informado (Apêndice II – Declaração de Consentimento Livre e Informado), garantindo a possibilidade de recusarem a sua participação, ou de desistirem da mesma em qualquer momento do estudo, e certificando-os da inexistência de consequências prejudiciais. De realçar que a participação foi voluntária e sem implicação de custos para os participantes, tendo sido assegurado o sigilo dos seus dados pessoais, através da associação de códigos para cada um.

Ambos os instrumentos utilizados foram submetidos a uma fase de pré-teste, precedente ao início da recolha de dados, com o intuito de averiguar a necessidade de alterar a estrutura ou a redacção de cada um, de forma a minimizar qualquer tipo de erro.

2.3. Instrumentos utilizados

2.3.1. Instrumento EASYcare

O instrumento EASYcare (Elderly Assessment System/Sistema de Avaliação de Idosos) foi desenvolvido a nível europeu com o intuito de se proceder a uma primeira e rápida avaliação da qualidade de vida e bem-estar físico, mental e social do idoso.

Este instrumento está recomendado pela OMS e, embora inicialmente tenha sido concebido para idosos com 75 e mais anos, na actualidade já se encontra disponível para todos os sujeitos com mais de 65 anos e para vários países. A sua primeira versão portuguesa foi desenvolvida através de

um processo rigoroso e posteriormente foi realizado um estudo de validação psicométrica para a população portuguesa, cujos resultados revelaram boas qualidades, em que o valor do alfa de Cronbach foi de 0,86 (Sousa, Galante & Figueiredo, 2002). O EASYcare distingue-se entre outros instrumentos, uma vez que em Portugal não existe nenhum outro que proceda a uma avaliação tão íntegra da pessoa idosa.

O EASYcare dispõe de uma primeira secção que consiste num conjunto de questões que permitem uma breve caracterização sócio-demográfica de cada sujeito. Os restantes grupos de questões proporcionam uma visão global das necessidades do indivíduo, avaliando as suas capacidades e focalizando a qualidade de vida e não a doença. Os mesmos estão direccionados para aspectos sensoriais, auto-cuidado, mobilidade, segurança, residência e finanças, hábitos saudáveis, saúde mental e medicação (Sousa & Figueiredo, 2000a).

A cada item de questões está associada uma pontuação. O sistema de pontuações para este instrumento foi definido de acordo com os pareceres de profissionais de saúde de diferentes áreas de actuação, pessoas idosas e cuidadores informais, relativamente à importância de cada item (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003). Uma vez que é permitido o registo de informação sobre áreas com impacto na independência e na saúde, é possível relacionar as pontuações mais elevadas como um indicador de maior incapacidade (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

Este questionário avalia os problemas sentidos pelos idosos, evidenciando as suas necessidades, o que constitui uma potencial probabilidade para melhorar a gestão dos serviços e recursos e ainda a prestação de cuidados a esses mesmos sujeitos.

2.3.2. Questionário de Satisfação

Devido à ausência de um questionário adequado, houve a necessidade de elaborar um específico para este estudo. Para a concepção do mesmo foi realizado um estudo preliminar para obter a informação relevante à investigação e para seleccionar as perguntas adequadas a serem incluídas no questionário. A pesquisa envolveu a análise de questionários de satisfação de aplicação em contexto clínico e cujos objectivos eram similares aos definidos para este estudo. Posteriormente, foi delineada uma versão inicial para cada questão, tendo sempre como fundamento a natureza do estudo e a informação pretendida. Este processo permitiu especificar o número de questões a serem incluídas no instrumento e planear quantas secções seriam necessárias para distinguir diferentes temas. Concluída esta etapa, o questionário foi submetido a dois momentos de pré-teste, tendo sido envolvidos dez indivíduos pertencentes à amostra do estudo. Concluiu-se haver a necessidade de reformular algumas questões, ao nível da redacção e formato, e de eliminar outras, de forma a obter a versão final.

O questionário em questão compreende um total de 16 questões, estando dividido em duas partes. A primeira engloba um conjunto de questões com as quais se pretende conhecer o grau de satisfação do utente perante as qualidades humanas e aptidões técnicas dos elementos que compõem a equipa técnica. O segundo conjunto de questões solicita a opinião do utente de acordo com o seu grau de satisfação relativamente à eficiência, rigor e organização do serviço, assim como quanto aos dos espaços físicos.

A escala de medida eleita foi uma escala de tipo likert, tendo sido considerada a opção preferível para o estudo pretendido. Este tipo de escala é comumente utilizado quando se pretende conhecer a opinião de um indivíduo relativamente a uma situação específica, disponibilizando uma variedade de respostas que possibilitem a escolha daquela que se melhor se enquadra à sua realidade. Foram considerados 5 níveis de medida: “mau” (1), “fraco” (2), “nem bom, nem mau” (3), “bom” (4) e “muito bom” (5), o que possibilita a escolha de respostas de teor negativo, neutro ou positivo.

Da análise da fiabilidade deste questionário verifica-se um valor aceitável da consistência interna. Na sua globalidade, foi obtido um valor de *alpha de Cronbach* de 0,93, sendo que na parte A este valor ($\alpha=0,92$) foi mais relevante que na parte B ($\alpha=0,85$). Contudo, ambos os valores são significativos.

2.4. Tratamento estatístico dos dados

Os dados recolhidos para este estudo foram submetidos a análise estatística através do programa de computador SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), um software de tipo científico direccionado para as ciências sociais. A versão utilizada foi a SPSS Statistics 17.0 para o Windows. Foi ainda utilizado o programa Microsoft Office Excel 2003. A análise realizada seguiu as directrizes de uma estatística descritiva com o intuito de descrever as propriedades dos dados recolhidos e envolveu o cálculo de médias, desvios-padrão e frequências absolutas e relativas.

2.5. Amostra

2.5.1. Selecção da amostra

Os critérios de inclusão subjacentes à constituição da amostra foram definidos de acordo com os objectivos deste estudo. Os participantes teriam que ser indivíduos com 65 e mais anos, com uma doença crónica e em situação de internamento em unidades de cuidados continuados pertencentes à RNCCI. Foram estabelecidos dois critérios de exclusão que impossibilitaram a participação de indivíduos que apresentassem sintomas depressivos e ainda aqueles que indicavam não estarem orientados na realidade, quer a nível temporal como espacial.

A amostra foi recolhida nas instituições que consentiram o desenvolvimento do estudo. Foram elas o Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar), para os idosos em situação de internamento de convalescença (UC); as Santas Casas da Misericórdia de Águeda, Mortágua e Oliveira de Frades, para internamentos de média duração e recuperação (UMDR); a Santa Casa da Misericórdia de S. João da Madeira, para internamentos de longa duração e manutenção (ULDM). Obteve-se desta forma um total de 30 participantes, dos quais 4 em situação de internamento na UC, 22 nas UMDR e 4 na ULDM. No que concerne ao questionário de satisfação, apenas foram submetidos os resultados referentes à sua versão final, tendo sido excluídos os resultados associados ao pré-teste. Deste modo, do total de 30 utentes, foi assumida uma amostra de 20 sujeitos para a análise dos resultados obtidos através do questionário em questão.

2.5.2. Caracterização da amostra

Nesta secção procede-se a uma breve análise das características sócio-demográficas, económicas e geográficas dos participantes, cujos dados se encontram sintetizados nas Tabelas 2 e 3. O conhecimento destes dados foi possível pela aplicação do instrumento EASYcare, através da primeira secção que permite o registo da informação pessoal de cada participante.

Como características sócio-demográficas são apresentados os dados relativos à idade, género, estado civil, escolaridade e situação profissional. No que concerne à idade, verifica-se que a média etária dos elementos da amostra é de 78,2 anos, como se pode comprovar na Tabela 2. Dos utentes inquiridos, o mais novo detinha a idade de 65 anos, contrapondo a idade de 93 anos para o inquirido mais velho. É ainda possível identificar que os utentes internados nas ULDM são os mais velhos, apresentando uma média de 80, 75 anos. Para os utentes das UMDR, a média de idades é de 78,45 anos, sendo que os utentes mais novos se encontram nas UC, com uma média de idades de 74,50 anos.

De acordo com a distribuição segundo a idade, isto é, de acordo com os grupos etários, verifica-se a predominância dos indivíduos com idades compreendidas entre os 75 e 84 anos (50,0%). Os restantes indivíduos distribuem-se pelos 65 a 74 anos, com 30,0%, e pelos 85 a 94 anos, com 20,0%.

Tabela 2- Caracterização da amostra de acordo com a idade (n=30)

A. Idade	Amostra global						UC		UMDR		ULDM	
	N	%	Min	Max	Md	DP	N	%	N	%	N	%
Total	30	100,0	65	93	78,2	6,7	4	13,3	22	73,4	4	13,3
1.1. Faixa etária												
[65;74]	9	30,0	65	74	71,3	3,2	3	10,0	5	16,7	0	0,0
[75;84]	15	50,0	75	84	78,7	3,3	0	0,0	14	46,7	3	10,0
[85;94]	6	20,0	85	94	88,8	3,2	1	3,3	3	10,0	1	3,3

As restantes características sócio-demográficas encontram-se sintetizadas na Tabela 3. Deste modo, relativamente ao género, verifica-se a predominância do sexo masculino, relativamente à amostra global. Porém, analisando cada uma das tipologias das unidades de internamento, conclui-se que é o sexo masculino a prevalecer nas UMDR, enquanto que nas ULDM os indivíduos estão equitativamente distribuídos por ambos os sexos. Aprofundando esta linha de análise, ao decompor os dados relativamente aos grupos etários, verifica-se a predominância do sexo feminino na faixa etária dos 75 aos 84 anos (23,3%), contrapondo a faixa etária das camadas mais velhas, onde prevalece o sexo masculino (10,0%).

No que concerne ao estado civil, é possível aferir que a maioria dos indivíduos que compõem a amostra são casados (56,7%), havendo uma minoria de divorciados/separados (3,3%). Há que destacar ainda os viúvos, que representam um total de 8 indivíduos, ao qual corresponde uma percentagem de 26,7%. Os restantes 4 inquiridos são solteiros, perfazendo uma percentagem de 13,3%.

Analisando as habilitações literárias da amostra, conclui-se que a maioria dos indivíduos frequentou a escola, embora 20,0% não tenham frequentado. Na realidade, 40,0% frequentou o máximo de quatro anos de escolaridade, 33,3% frequentou três anos, 3,3% frequentou dois anos e igual percentagem de indivíduos frequentaram apenas um.

Entre os diversos parâmetros avaliados, salienta-se a homogeneidade relativamente à situação profissional, uma vez que todos os inquiridos se encontram reformados. Perante esta situação de reforma, são poucos os que afirmam sobrar dinheiro ao final do mês (10%). Há uma predominância dos que declaram que o dinheiro da reforma é insuficiente, ou seja, não chega para todos os gastos ao final do mês (50%) e 40% dos indivíduos dizem ser suficiente.

Por último, na Tabela 3, são também apresentados os dados geográficos tendo em conta a zona de residência de cada indivíduo, isto é, se vivem numa zona rural ou urbana. Deste modo, do total da amostra, são apenas 4 os indivíduos que vivem em zonas urbanas (13,3%), prevalecendo os indivíduos que habitam em zonas rurais (86,7%).

Tabela 3- Características sócio-demográficas, económicas e geográficas da amostra (n=30)

B. Características	Amostra global		UC		UMDR		ULDM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Género								
Feminino	13	43,3	3	10,0	8	26,7	2	6,6
Masculino	17	56,7	1	3,3	14	46,7	2	6,6

Continuação na página seguinte

Idade vs Género									
[65;74]	Feminino	4	13,3	2	6,6	2	6,7	0	0,0
	Masculino	4	13,3	1	3,3	3	10,0	0	0,0
[75;84]	Feminino	7	23,3	0	0,0	6	20,0	1	3,3
	Masculino	10	33,3	0	0,0	8	26,7	2	6,6
[85;94]	Feminino	2	6,8	1	3,3	0	0,0	1	3,3
	Masculino	3	10,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
2. Estado civil									
Solteiro		4	13,3	2	6,6	0	0,0	2	6,6
Casado/união de facto		17	56,7	0	0,0	16	53,4	1	3,3
Divorciado/separado		1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Viúvo		8	26,7	2	6,6	6	20,0	0	0,0
3. Habilitações literárias									
Não frequentou		6	20,0	1	3,3	4	13,3	1	3,3
1 ano de escolaridade		1	3,3	0	0,0	1	3,3	0	0,0
2 anos de escolaridade		1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
3 anos de escolaridade		10	33,3	1	3,3	7	23,4	2	6,6
4 anos de escolaridade		12	40,0	1	3,3	10	33,4	1	3,3
4. Situação profissional									
Reformado		30	100,0	4	13,3	22	73,4	4	13,3
Empregado		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Desempregado		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Doméstica		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pensionista		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estudante		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5. Situação financeira/mês									
Insuficiente		15	50,0	1	3,3	13	43,4	1	3,3
Suficiente		12	40,0	3	10,0	6	20,0	3	10,0
Sobra dinheiro		3	10,0	0	0,0	3	10,0	0	0,0
6. Residência									
Rural		26	86,7	4	13,3	19	63,4	3	10,0
Urbana		4	13,3	0	0,0	3	10,0	1	3,3

3. Apresentação e leitura dos resultados

Procede-se à apresentação e respectiva leitura dos dados obtidos a partir dos instrumentos utilizados. Seguindo a metodologia e tipo de estudo previamente definidos, como já foi referido, a análise realizada constitui-se de acordo com um cariz exploratório e descritivo.

Desta forma, este capítulo desenvolve-se de acordo com dois vectores. No primeiro é feita a apresentação dos dados extraídos directamente da aplicação do instrumento EASYcare, enquanto que no segundo são apresentados os dados relativamente ao questionário de satisfação. Foram criadas dimensões para cada instrumento, que serão pertinentemente identificadas nas respectivas partes de análise, de forma a se proceder da melhor forma à caracterização de cada uma. Os factores sócio-demográficos e geográficos não serão apresentados neste capítulo, uma vez que já foram analisados aquando da caracterização da amostra.

3.1. Resultados obtidos através da aplicação do instrumento EASYcare

Nesta secção procede-se a uma análise de cada grupo de questões que compõem o questionário. Cada grupo de questões é considerado como uma dimensão, perfazendo um total de sete dimensões. Desta forma, identificam-se como dimensões as seguintes: (1) “Visão, audição e comunicação”; (2) “Auto-cuidado”; (3) “Mobilidade”; (4) “Segurança”; (5) Local de residência e finanças”; (6) “Manter-se saudável” e (7) “Saúde mental e bem-estar”.

Dimensão 1 - “Visão, audição e comunicação”

Para constituir esta dimensão foram consideradas as questões referentes à visão, à audição e ainda à comunicação, compreendendo as quatro questões que compõem o grupo 1 do instrumento. Os dados analisados encontram-se sintetizados na Tabela 4

Verifica-se que, mesmo com o uso de óculos, a maioria (56,7%) sente dificuldade em ver. Dos restantes inquiridos, 40,0% conseguem ver e apenas 3,3% não vê nada por ser invisual. No que concerne à capacidade auditiva, verifica-se que 60% dos elementos que compõem a amostra ouve bem e 40% apresenta dificuldades em ouvir. Há uma maioria significativa de utentes que referem não ter dificuldades ao nível da fala, representando 86,7% do total da amostra e relativamente à capacidade do indivíduo em utilizar o telefone, a maioria (60,0%) refere conseguir realizar a acção sem ajuda.

Tabela 4- Dimensão 1: Visão, audição e comunicação (n=30)

1.		N	%
1.1. Consegue ver?	Sim	12	40,0
	Com dificuldade	17	56,7
	Não vê nada	1	3,3
1.2. Consegue ouvir?	Sim	18	60,0
	Com dificuldade	12	40,0
	Não ouve nada	0	0,0
1.3. Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?	Não	26	86,7
	Com algumas pessoas	4	13,3
	Com todas as pessoas	0	0,0
1.4. Consegue utilizar o telefone?	Sem ajuda	18	60,0
	Com alguma ajuda	7	23,3
	Não consegue	5	16,7

N- frequência absoluta; %- frequência relativa

Dimensão 2 - “Auto-cuidado”

A dimensão 2 abarca treze questões que remetem para a aptidão que o indivíduo tem em cuidar de si e em realizar determinadas tarefas da sua vida diária, nomeadamente ao nível da sua

aparência pessoal, higiene, controlo de esfíncteres e alimentação, considerando ainda a existência de problemas estomatológicos e cutâneos (Tabela 5).

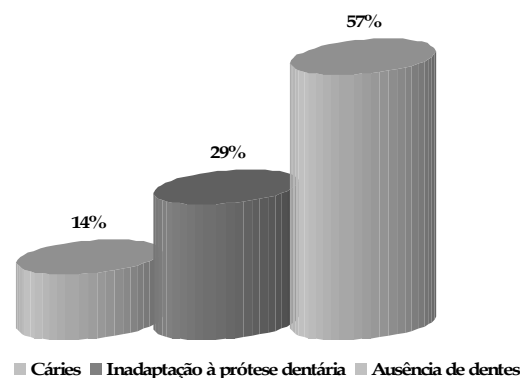
A primeira questão remete para a capacidade de cuidar da aparência pessoal, como pentear o cabelo e barbear-se ou maquilhar-se, verificando-se que 56,7% não necessita de ajuda, enquanto que 43,3% dos sujeitos afirmam precisar de ajuda para realizar esta tarefa. Quanto à tarefa de vestir, observa-se que a maioria (60,0%) dos inquiridos consegue realizar a actividade, embora com alguma ajuda.

No que concerne à capacidade em lavar as mãos e a cara, há uma predominância dos sujeitos capazes de realizar a tarefa sem ajuda (76,7%). Os restantes 23,3% afirmam precisar de ajuda para efectivar a mesma. Já com um peso muito significativo, surge com grande destaque a dependência na utilização da banheira ou do duche, uma vez que 93,3% refere necessitar de ajuda.

Quando questionado aos idosos a sua capacidade em realizar as suas tarefas domésticas, verifica-se que apenas 6,7% se sentem capazes de as fazer sem ajuda, em que a maioria (60,0%) afirmam não conseguir realizar sequer as tarefas mais ligeiras. No que concerne à preparação das refeições, a maioria (60,0%) menciona não ser capaz de o fazer. Na realidade, apenas 10,0% indivíduos afirmam não precisar de ajuda.

Há uma predominância de utentes (56,7%) que conseguem alimentar-se sem ajuda. Não obstante, 36,7% dos inquiridos declaram necessitar de ajuda, nomeadamente para cortar os alimentos. Identificam-se ainda problemas com a boca ou com os dentes em 23,3% dos idosos, como cáries, falta de dentes e inadaptação à prótese dentária. Através do Gráfico 3 é possível observar que destas dificuldades, é a ausência de dentes que se destaca com uma proporção de 57,0%.

Gráfico 3- Problemas com a boca/dentes (n=7)



Uma outra questão que esta dimensão abarca, diz respeito à capacidade que o indivíduo detém para tomar os seus medicamentos. Verifica-se que metade da amostra indica não necessitar de

ajuda para tomar os medicamentos na dose e à hora correctas e 43,3% refere necessitar de alguém que lhes prepare e/ou que lembre de os tomar.

Ao averiguar a existência problemas cutâneos, conclui-se que a maioria (73,3%) nunca teve problemas a este nível, enquanto que os restantes já sofreram pelo menos uma úlcera de decúbito.

No que concerne à incontinência urinária, verifica-se que 40,0% assume não ter acidentes frequentes com a sua bexiga. Dos restantes, 40,0% declara acidentes frequentes e 20,0% acidentes ocasionais. Quanto à incontinência fecal, a maioria não tem problemas (66,7%), enquanto que 20,0% tem acidentes frequentes. Há uma predominância dos indivíduos que necessitam de ajuda para conseguir utilizar a sanita, em que 43,3% dos sujeitos referem conseguir realizar algumas tarefas inerentes, enquanto que 30,0% não consegue utilizar de todo sem ajuda.

Tabela 5- Dimensão 2: Auto-cuidado (n=30)

2.		N	%
2.1. Consegue cuidar da sua aparência pessoal?	Sem ajuda	17	56,7
	Precisa de ajuda	13	43,3
2.2. Consegue vestir-se?	Sem ajuda	6	20,0
	Com alguma ajuda	18	60,0
	Não consegue	6	20,0
2.3. Consegue lavar mãos e cara?	Sem ajuda	23	76,7
	Precisa de ajuda	7	23,3
2.4. Consegue utilizar a banheira ou duche?	Sem ajuda	2	6,7
	Precisa de ajuda	28	93,3
2.5. Consegue fazer as tarefas domésticas?	Sem ajuda	2	6,7
	Com alguma ajuda	10	33,3
	Não consegue nenhuma	18	60,0
2.6. Consegue preparar as suas refeições?	Sem ajuda	3	10,0
	Com alguma ajuda	9	30,0
	Não consegue	18	60,0
2.7. Consegue alimentar-se?	Sem ajuda	17	56,7
	Com alguma ajuda	11	36,7
	Não consegue	2	6,7
2.8. Tem problemas com a sua boca/dentes?	Não	23	76,7
	Sim	7	23,3
2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?	Sem ajuda	15	50,0
	Com alguma ajuda	13	43,3
	Não consegue	2	6,7
2.10. Já teve problemas com a sua pele?	Não	22	73,3
	Sim	8	26,7
2.11. Tem acidentes com a sua bexiga?	Não	12	40,0
	Tem acidentes ocasionais	6	20,0
	Tem acidentes frequentes	12	40,0
2.12. Tem acidentes com os seus intestinos?	Não	20	66,7
	Tem acidentes ocasionais	4	13,3
	Tem acidentes frequentes	6	20,0
2.13. Consegue utilizar a sanita?	Sem ajuda	8	26,7
	Com alguma ajuda	13	43,3
	Não consegue	9	30,0

N- frequência absoluta; %- frequência relativa

Dimensão 3 - “Mobilidade”

De modo a identificar quais as principais dificuldades sentidas ao nível da mobilidade física, foram colocadas questões sobre a capacidade do indivíduo em realizar determinadas tarefas que a seguir são apresentadas, estando sintetizadas na Tabela 6.

Relativamente à capacidade em deslocar-se da cama para uma cadeira, estando lado a lado uma da outra, verificou-se que 36,7% necessita de ajuda para executar na totalidade a transferência em questão e 26,7% não consegue realizar esta acção e

Evidencia-se uma grande proporção de indivíduos que declaram a sua incapacidade em subir e/ou descer escadas, representando 70,0% da amostra. Apenas 10,0% dos inquiridos afirmam serem capazes de o fazer de forma independente.

A maioria dos indivíduos é capaz de se deslocar dentro de casa, embora com alguma ajuda. Verifica-se ainda que onze dos sujeitos conseguem deslocar-se sem ajuda de outrem, dos quais quatro em cadeira de rodas e sete sem recorrer a qualquer tipo de ajuda técnica. De carácter dependente, são indicados 10,0% de casos em situação de acamado. Para se deslocar fora de casa, apenas 10,0% consegue circular no exterior sem ajuda e 40% é capaz de o fazer apenas com ajuda. Compreendendo metade da amostra, são quinze os indivíduos que relatam a sua incapacidade em andar no exterior. Neste contexto, questionou-se a capacidade em fazer compras. Nenhum dos indivíduos afirma ser capaz de o fazer sem ajuda, salientando-se uma incapacidade total para a maioria dos indivíduos, correspondendo 70,0% da amostra. Relativamente à questão de se deslocar até aos serviços públicos, verifica-se novamente que a maioria não consegue (66,7%).

Foi inquirido a cada utente se sofreu alguma queda no último ano até à data da entrevista. Verifica-se que 40,0% referem ter caído uma vez e 10,0% caíram pelo menos duas vezes.

A maioria (63,3%) refere não ter problemas com os pés, contrapondo a realidade dos restantes 36,7% indivíduos que afirmaram ter. Os problemas identificados são representados no Gráfico 4 com as respectivas proporções.

Gráfico 4- Problemas com os pés (n=11)

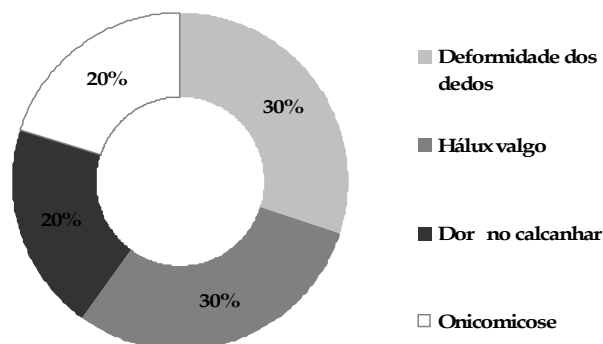


Tabela 6-Dimensão 3: Mobilidade

3.		N	%
3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira?	Sem ajuda	11	36,7
	Com alguma ajuda	11	36,7
	Não consegue	8	26,7
3.2. Tem problemas com os seus pés?	Não	19	63,3
	Sim	11	36,7
3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?	Sem ajuda	7	23,3
	Em cadeira de rodas	4	13,3
	Com alguma ajuda	16	53,3
	Acamado	3	10,0
3.4. Consegue subir e descer escadas?	Sem ajuda	3	10,0
	Com alguma ajuda	6	20,0
	Não consegue	21	70,0
3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?	Não	15	50,0
	Uma vez	12	40,0
	Duas ou mais vezes	3	10,0
3.6. Consegue andar no exterior?	Sem ajuda	3	10,0
	Com alguma ajuda	12	40,0
	Não consegue	15	50,0
3.7. Consegue ir às compras?	Sem ajuda	0	0,0
	Com alguma ajuda	9	30,0
	Não consegue	21	70,0
3.8. Tem dificuldade em deslocar-se aos serviços públicos?	Não tem dificuldade	1	3,3
	Com alguma ajuda	9	30,0
	Não consegue	20	66,7

N- frequência absoluta; %- frequência relativa

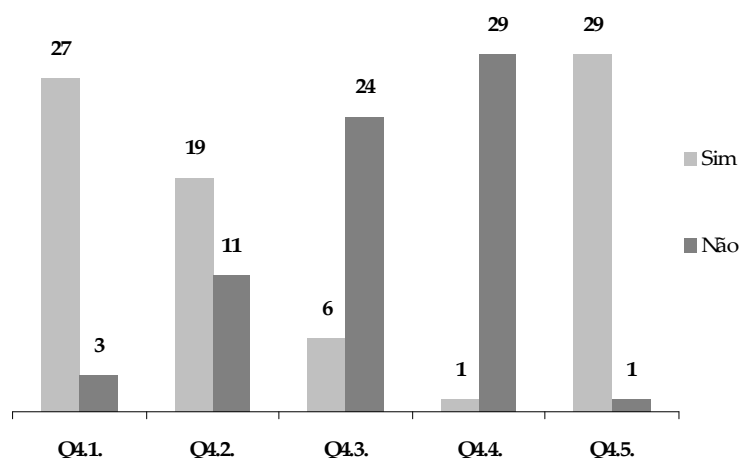
Dimensão 4 - “Segurança”

A dimensão 4 é composta cinco questões que permitem analisar como o inquirido se sente seguro dentro e/ou fora de casa. As questões compreendem respostas dicotómicas, estando representadas no Gráfico 5.

Verifica-se que 90,0% dos inquiridos afirmam sentirem-se seguros dentro de casa (Q4.1.). Relativamente à segurança fora de casa (Q4.2.) é também observada uma maioria que se sente segura, embora de menor proporção (63,3%), já que 36,7% refere insegurança no exterior.

Quanto ao facto de já se terem sentido ameaçados e/ou assediados (Q4.3.), 20,0% expõe a sua vulnerabilidade para esta questão. Quanto à discriminação (Q4.4.) devido a características como idade, religião, género, entre outras, regista-se apenas um relato um utente.

Verifica-se uma forte predominância dos indivíduos que têm quem os ajude caso se deparem com situações de doença e/ou urgência (Q4.5.), correspondendo a 96,7% da amostra. Contudo, um utente alerta para o facto de não ter quem o acuda nesta situação.

Gráfico 5- Dimensão 4: Segurança (n=30)**Dimensão 5 - “Local de residência e finanças”**

Esta dimensão considera três questões que se destinam à caracterização da satisfação de cada indivíduo com a sua residência, da capacidade de gestão financeira e do interesse em receber aconselhamento sobre subsídios ou benefícios aos quais possa ter acesso (Tabela 7).

De modo geral, a maioria dos inquiridos está satisfeita com a sua residência (86,7%). No que concerne aos recursos financeiros, é possível verificar que 53,3% é capaz de o fazer independentemente, contrapondo 46,7% que necessita de ajuda. Verifica-se um particular interesse pela maioria dos indivíduos em receber aconselhamento sobre subsídios ou benefícios a que possa ter acesso (66,7%).

Tabela 7- Dimensão 5: Local de residência e finanças (n=30)

5.		N	%
5.1. Está satisfeito com a sua residência?	Sim	26	86,7
	Não	4	13,3
5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?	Sim	16	53,3
	Não	14	46,7
5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios/benefícios a que possa ter acesso?	Sim	20	66,7
	Não	10	33,3

N- frequência absoluta; %- frequência relativa

Dimensão 6 - “Manter-se saudável”

Esta dimensão remete ao estilo de vida que os utentes adoptam com vista à promoção da sua saúde, nomeadamente a prática de exercício físico, os hábitos tabágicos e alcoólicos e a preocupação com o peso e em realizar exames de rastreio (Tabela 8).

Constata-se que 36,7% refere não incluir a prática de exercício na sua rotina diária e 23,3% idosos sentem falta de ar aquando a realização das actividades normais. A maioria (76,7%) não tem

preocupações com o seu peso. Contudo, sete indivíduos manifestam estar preocupados a este nível, com o excesso (16,7%) ou perda (6,7%) de peso. Foi apurado que nenhum dos inquiridos fuma ou acha que beba demasiadas bebidas alcoólicas.

Como medidas de rastreio incluem-se a medição da tensão arterial (TA), a actualização de vacinas e a realização de exames para despiste de cancro. Constata-se uma evidência totalitária para a verificação da TA e a maioria (73,3%) tem as suas vacinas em dia, embora de verifique um desconhecimento perante este facto por parte dos restantes utentes. Este desconhecimento é ainda verificado, mas com relevância superior, quanto aos exames de rastreio do cancro. De facto, 46,6% não tem conhecimento se os mesmos se encontram em dia ou não.

Tabela 8- Dimensão 6: Manter-se saudável (n=30)

6.		N	%
6.1. Faz exercício regularmente?	Sim	19	63,3
	Não	11	36,7
6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?	Não	23	76,7
	Sim	7	23,3
6.3. Fuma tabaco?	Não	30	100,0
	Sim	0	0,0
6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?	Não	30	100,0
	Sim	0	0,0
6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?	Sim	30	100,0
	Não	0	0,0
6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?	Não tem	23	76,7
	Com perda de peso	2	6,7
	Com excesso de peso	5	16,7
6.7. Tem as suas vacinas em dia?	Não	0	0,0
	Não sabe	8	26,7
	Sim	22	73,3
6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro?	Não	5	16,7
	Não sabe	14	46,6
	Sim	11	36,7

N- frequência absoluta; %- frequência relativa

Dimensão 7 - "Saúde mental e bem-estar"

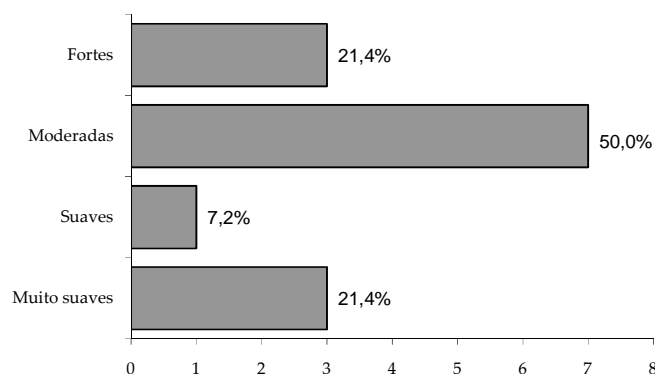
Nesta dimensão encontram-se condensadas um total de nove questões que se focalizam na saúde mental e bem-estar de cada indivíduo e cujas respostas estão representadas na Tabela 9.

Com o intuito de saber como os idosos percebem a sua saúde, foi-lhes pedido que classificassem a mesma enumerando um dos cinco níveis de respostas disponibilizadas. A maioria (60,0%) não está satisfeita com a sua saúde, referindo ser razoável e até mesmo fraca.

Relativamente à questão da solidão, 53,3% refere nunca se sentir sozinho. Contudo, verifica-se que 20,0% por vezes sente-se só e ainda 26,7% sente-se muito só, em que 26,7% revela estar num processo de luto face à perda de alguém próximo. No que concerne a perturbações de sono, foi

questionado a existência de problemas em dormir e constata-se que a maioria dos idosos não tem problemas em dormir, ao contrário de 46,7% que afirmam ter. Entre os que referem ter dores corporais (46,7%), destacam-se referências para as dores moderadas, como se verifica no Gráfico 6.

Gráfico 6- Dores corporais (n=14)



Verifica-se que 56,7% dos indivíduos não consegue realizar as actividades de lazer, trabalho e/ou outras que lhes são importantes. A maioria (66,7%) afirma não se sentir deprimida, embora a restante amostra manifeste a sua inquietação perante tal. Ainda, 36,7% referem ficar incomodados por não terem interesse e/ou prazer para determinadas coisas e 30,0% expressam a sua preocupação para esquecimento e/ou perdas de memória.

Tabela 9- Dimensão 7: Saúde mental e bem-estar (n=30)

7.		N	%
7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras que são importantes para si?	Sim	13	43,3
	Não	17	56,7
7.2. De forma geral, diria que a sua saúde é:	Excelente	0	0,0
	Muito Boa	1	3,3
	Boa	11	36,7
	Razoável	9	30,0
	Fraca	9	30,0
7.3. Sente-se sozinho(a)?	Nunca	16	53,3
	Por vezes	6	20,0
	Muitas vezes	8	26,7
7.4. Recentemente perdeu/faleceu alguém que lhe é próximo?	Não	22	73,3
	Sim	8	26,7
7.5. No mês passado teve problemas em dormir?	Não	16	53,3
	Sim	14	46,7
7.6. No mês passado teve dores corporais?	Não	16	53,3
	Sim	14	46,7
7.7. No último mês sentiu-se incomodado(a) por se sentir em baixo, deprimido(a) ou desesperado(a)?	Não	20	66,7
	Sim	10	33,3
7.8. No último mês sentiu-se incomodado(a) por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?	Não	19	63,3
	Sim	11	36,7
7.9. Tem algumas preocupações com perdas de memória/esquecimentos?	Não	21	70,0
	Sim	9	30,0

N- frequência absoluta; %- frequência relativa

3.2. Resultados obtidos através da aplicação do questionário de satisfação

Para a análise dos dados extraídos do questionário de satisfação foram criadas categorias, que agrupam as questões de acordo com as dimensões que se pretendem avaliar. Desta forma, para a parte A deste questionário, referente à equipa técnica, foram criadas três categorias: categoria A1- “Comunicação”, categoria A2- “Prestação de cuidados” e categoria A3- “Qualidades humanas”. Para a parte B, referente à organização do serviço, foram igualmente definidas outras três categorias: categoria B1- “Informação”, categoria B2- “Espaços físicos” e categoria 3- “Serviços”.

Categoria A1 - “Comunicação”

Para esta categoria foram agrupadas as questões 1 e 2 do questionário em questão, que remetem para a informação disponibilizada sobre a patologia do utente, o tratamento, cuidados e práticas a adoptar em função da mesma. De modo global destaca-se um padrão de respostas de nível 3 (“NBNM”) e não se verificam referências de satisfação de nível 1 (mau) (Tabela 10).

Apenas 15% dos inquiridos está satisfeita com a informação disponibilizada pelos profissionais sobre a doença e com a comunicação sobre o tratamento a adoptar. No que concerne à satisfação quanto à informação disponibilizada sobre os cuidados e práticas que o utente deve ter, verifica-se 25% considera ser bom e 15% avalia como sendo “muito bom”. Relativamente ao esclarecimento de dúvidas que o utente possa ter, assim como a disponibilização de qualquer tipo de informação que este possa requerer, 60% mostra a sua satisfação, em que 35% refere uma classificação de “bom” e 25% um “muito bom”.

Tabela 10- Categoria A1: Comunicação (n=20)

A1. “Comunicação”	Frequências									
	M		F		NBNM		B		MB	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Informação disponibilizada sobre:										
1.1. a doença	0	0	3	15	14	70	2	10	1	5
1.2. o tratamento a adoptar	0	0	2	10	15	75	3	15	0	0
1.3. os cuidados e práticas a ter	0	0	2	10	10	50	5	25	3	15
Esclarecimento de dúvidas:										
2. informação prestada	0	0	0	0	8	40	7	35	5	25

Frequências: M-“mau”; F- “fraco”; NBNM- “nem bom, nem mau”; B- “bom”; MB- “muito bom”

Categoria A2 - “Prestação de cuidados”

Esta categoria, representada na Tabela 11, desponha de um único ponto do questionário, referente à questão 3, que se fundamenta na satisfação face ao desempenho dos profissionais ao

prestar os cuidados de higiene pessoal, administração de medicação e a realização de exames físicos imprescindíveis. Não se registaram referências de satisfação de nível 1 (mau).

A maioria (75%) dos utentes mostra-se satisfeita com a prestação dos cuidados de higiene, em que 60% refere ser “bom” e 15% aponta como sendo “muito bom”. Contudo, 15% demonstra a sua insatisfação ao referir o nível 2 (fraco). Relativamente à administração da medicação, destaca-se uma neutralidade de respostas, uma vez que a maioria dos inquiridos (60%) considera tratar-se de um procedimento “NBNM”. Os restantes estão satisfeitos, dos quais 35% classificam como “bom” e 5% como “muito bom”. Quanto à execução dos exames físicos, verifica-se que 45% estão satisfeitos.

Tabela 11- Categoria A2: Prestação de cuidados (n=20)

A2. “Prestação de cuidados”	Frequências									
	M		F		NBNM		B		MB	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Prestação de serviço de:										
3.1. higiene pessoal	0	0	3	15	2	10	12	60	3	15
3.2. medicação	0	0	0	0	12	60	7	35	1	5
3.3. exames físicos	0	0	0	0	11	55	5	25	4	20

Frequências: M-“mau”; F- “fraco”; NBNM- “nem bom, nem mau”; B- “bom”; MB- “muito bom”

Categoria A3 - “Qualidades humanas”

Nesta categoria são agrupadas as questões de 4 a 8, que dizem respeito ao tempo que o técnico dedica ao utente, ao interesse que demonstra pelo mesmo, à sua simpatia e educação, à sua disponibilidade e rapidez em atender sempre que solicitado e à classificação geral relativamente às qualidades humanas dos profissionais (Tabela 12).

São 40% dos utentes que mostram a sua satisfação com o tempo que os profissionais de saúde lhes dedicam, embora se verifique que 15% estão insatisfeitos. Relativamente ao interesse que os mesmos demonstram pelos seus pacientes, 30% refere ser “bom” e apenas 10% avalia como “muito bom”. Quanto à questão 6, destinada à apreciação da simpatia e da educação, verifica-se que um único utente recorre à classificação de “muito bom” e sete referem ser “bom”, contrapondo a satisfação de dois indivíduos que mostram o seu descontentamento referindo ser “fraco”. Para a disponibilidade e rapidez do profissional de saúde em atender o utente, há a predominância da referência de satisfação associada ao “bom”, representando 45% da amostra. De modo geral, os utentes classificam as qualidades humanas dos profissionais de saúde como “bom”, em que apenas 10% refere ser “muito bom”.

Tabela 12- Categoria A3: Qualidades humanas (n=20)

A3. "Qualidades humanas"	Frequências									
	M		F		NBNM		B		MB	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sensibilidade dos técnicos quanto:										
4. ao tempo dedicado	0	0	3	15	9	45	4	20	4	20
5. ao interesse demonstrado	0	0	3	15	9	45	6	30	2	10
6. à simpatia e educação	0	0	2	10	10	50	7	35	1	5
7. à disponibilidade e rapidez em atender	0	0	3	15	7	35	9	45	1	5
8. às qualidades humanas no geral	0	0	2	10	7	35	9	45	2	10

Frequências: M- "mau"; F- "fraco"; NBNM- "nem bom, nem mau"; B- "bom"; MB- "muito bom"

Categoria B1 - "Informação":

As respostas para a informação disponibilizada no momento de admissão e integração na Unidade (apresentação dos espaços físicos que compõem a unidade, do regulamento interno e regras de funcionamento) são apresentadas na Tabela 13.

Verifica-se a existência de 35% indivíduos que não estão satisfeitos ao referir uma satisfação de nível "fraco" e apenas 15% estão satisfeitos.

Tabela 13- Categoria B1: Informação (n=20)

B1. "Informação"	Frequências									
	M		F		NBNM		B		MB	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Informação disponibilizada:										
1. na admissão e integração	0	0	7	35	10	50	3	15	0	0

Frequências: M- "mau"; F- "fraco"; NBNM- "nem bom, nem mau"; B- "bom"; MB- "muito bom"

Categoria B2 - "Espaços físicos":

Nesta secção são compreendidas as características respeitantes à facilidade de circulação na mesma e sua dimensão, à higiene, limpeza e arrumação patentes, ao conforto proporcionado, ao silêncio e privacidade e à presença de ajudas técnicas (Tabela 14).

De modo geral, os utentes estão muito satisfeitos com o ambiente das instalações, nomeadamente quanto à facilidade em circular na mesma, visto que 70% referem ser "bom". Os mesmos mostram-se igualmente satisfeitos face à limpeza e arrumação do espaço, em que 55% refere ser "bom" e 35% considera "muito bom". No que diz respeito ao conforto, verifica-se novamente níveis de satisfação elevados, uma vez que 95% dos utentes estão satisfeitos, dos quais 35% diz ser "muito bom" e 60% menciona ser "bom". Quanto às condições das zonas de utilização comuns existentes nas unidades, observa-se que 45% avalia como "muito bom".

No que concerne às condições do quarto, destaca-se a satisfação dos utentes face à sua higiene e limpeza, em que nove referem ser “muito bom” e os restantes onze descrevem como “bom”. Ainda se verifica que a maioria (65%) também se mostra satisfeita com a privacidade que tem nesta divisão, assim como relativamente ao silêncio, em que 55% menciona ser “bom”. Contudo, assinala-se a referência de um utente que diz ser “fraco”.

O último grupo de questões abrangido diz respeito às instalações sanitárias. Novamente há um destaque para a higiene e limpeza, em que sete dos utentes mencionam ser “muito bom” e os restantes referem ser “bom”. A maioria (65%) mostra-se satisfeita com a localização das casas de banho, avaliando como “bom”, assim como também está patente a sua satisfação face às dimensões das mesmas, pois 75% refere ser “bom” e 25% “muito bom”. Destaca-se também uma maioria de 60% de utentes que caracterizam como “muito bom” a presença de ajudas técnicas.

Tabela 14- Categoria B2: Espaços físicos (n=20)

B2. “Espaços físicos”	Frequências									
	M		F		NBNM		B		MB	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ambiente das instalações a nível de:										
2.1. facilidade de circulação	0	0	0	0	1	5	14	70	5	25
2.2. limpeza e arrumação	0	0	0	0	2	10	11	55	7	35
2.3. conforto	0	0	0	0	1	5	12	60	7	35
Condições de:										
3. zonas de utilização comuns	0	0	0	0	4	20	7	35	9	45
Condições do quarto relativamente:										
4.1. ao silêncio	0	0	1	5	4	20	11	55	4	20
4.2. à privacidade	0	0	0	0	7	35	10	50	3	15
4.3. à higiene e limpeza	0	0	0	0	0	0	11	55	9	45
Instalações sanitárias quanto:										
5.1. à localização	0	0	0	0	6	30	13	65	1	5
5.2. à dimensão	0	0	0	0	0	0	15	75	5	25
5.3. à higiene e limpeza	0	0	0	0	0	0	13	65	7	35
5.4. à presença de ajudas técnicas	0	0	0	0	1	5	7	35	12	60

Frequências: M-“mau”; F- “fraco”; NBNM- “nem bom, nem mau”; B- “bom”; MB- “muito bom”

Categoria B3 - “Serviços”:

Esta secção compreende o serviço de refeições e tratamento de roupas, fazendo alusão à eficiência e rigor dos mesmos (Tabela X).

Verifica-se que 80% avalia a qualidade das refeições com “bom”. No que diz respeito à quantidade, 70% refere ser “bom” e 25% considera “muito bom”, ao passo que 55% aponta como “bom” a variedade oferecida. Contudo, e apesar de a maioria se mostrar satisfeita, identificam-se referências negativas relativamente ao horário das refeições, assim como para a sua temperatura.

Quanto à qualidade do serviço de tratamento de roupas, 85% dos utentes mostram estar satisfeitos, dos quais 65% avalia como “bom” e 20% como “muito bom”. De modo geral, 70% classifica como “bom” a eficiência e rigor dos serviços que a unidade dispõe.

Tabela 15- Categoria B3: Serviços (n=20)

B3. “Serviços”	Frequências									
	M		F		NBNM		B		MB	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Refeições relativamente:										
6.1. ao horário	0	0	1	5	2	10	12	60	5	25
6.2. à temperatura	0	0	1	5	8	40	10	50	1	5
6.3. à qualidade	0	0	0	0	3	15	16	80	1	5
6.4. à variedade	0	0	0	0	9	45	11	55	0	0
6.5. à quantidade	0	0	0	0	1	5	14	70	5	25
Qualidade:										
7. no tratamento das roupas	0	0	0	0	3	15	13	65	4	20
Organização quanto:										
8. à eficiência e rigor	0	0	0	0	3	15	14	70	3	15

Frequências: M- “mau”; F- “fraco”; NBNM- “nem bom, nem mau”; B- “bom”; MB- “muito bom”

3.3. Resultados globais

Como já foi referido, com a aplicação do instrumento EASYcare, a obtenção de pontuações mais elevadas relaciona-se com a maior incapacidade ou com uma menor percepção de QV. Os resultados globais encontram-se descritos na Tabela 16.

Comparando a amplitude teórica de cada dimensão com os respectivos valores médios, verifica-se que é a dimensão da “Mobilidade” que se destaca como o domínio mais crítico, principalmente no contexto das ULDM. Os valores médios para esta dimensão ($X=24,2$; $DP=12,91$) são muito próximos da pontuação máxima ($Max=37$) assumida para este domínio. De facto, a maioria dos utentes refere sentir dificuldade em subir e descer escadas e em deslocar-se aos serviços públicos e realizar as suas compras.

Também as dimensões “Saúde mental e bem-estar” ($X=9,2$; $DP=6,22$) e “Auto-cuidado” ($X=30,6$; $DP=23,08$) se destacam como áreas problemáticas, com valores médios elevados, quando comparados com a pontuação máxima. Verifica-se ainda que os valores superiores dizem respeito às unidades de média e de longa duração. Os utentes mencionam ter dificuldades em dormir e pouco interesse em realizar as suas actividades, assim como evidenciam dificuldades para realizar as suas AVD’s, nomeadamente para realizar as suas tarefas domésticas, preparar as refeições e em utilizar a banheira.

Tabela 16- Resultados globais do instrumento EASYcare (n=30)

Dimensões	X	DP	AT	AO			
				Geral	UC	UMDR	ULDm
1. "Visão, audição e comunicação"	2,8	2,75	0-12	0-8	0-4	0-6	0-8
2. "Auto-cuidado"	30,6	23,08	0-62	0-62	7-23	0-62	37-61
3. "Mobilidade"	24,2	12,91	0-37	0-37	24-29	2-36	32-36
4. "Segurança"	0,7	1,57	0-5	0-5	0-2	0-5	0-0
5. "Residência e finanças"	2,0	2,38	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5
6. "Manter-se saudável"	0,6	0,92	0-5	0-2	0-1	0-2	1-2
7. "Saúde mental e bem-estar"	9,2	6,22	2-18	3-18	4-15	4-18	7-14

AT – Amplitude teórica; AO – Amplitude Observada

Relativamente aos resultados globais do questionário de satisfação, a obtenção de pontuações mais elevadas correspondem a níveis de satisfação superiores, cujos resultados são apresentados na Tabela 17.

Verifica-se um destaque para a dimensão dos "Espaços físicos", cujo valor médio ($X=46,1$; $DP=6,58$) se encontra muito próximo da pontuação máxima ($Max=55$), nomeadamente nas UMDR. Os utentes relatam níveis de satisfação elevados comparativamente às condições das zonas de utilização comuns, das instalações sanitárias e do quarto.

Os utentes também se mostram bastante satisfeitos com os "Serviços" ($X=27,4$; $DP=4,09$) disponibilizados nas unidades, cuja pontuação máxima assumida é de 35, assim como relativamente à "Prestação de cuidados" ($X=10,8$; $DP=2,32$; $Max=15$), com evidência quanto à prestação dos cuidados de higiene pessoal.

A dimensão relativa à "Comunicação" destaca-se como o domínio com um nível de satisfação menor, uma vez que apresenta valores médios ($X=13,4$; $DP=2,89$) mais distantes do valor da pontuação máxima ($Max=20$), principalmente nas UC.

Tabela 17- Resultados globais do questionário de satisfação (n=20)

Dimensões	X	DP	AT	AO			
				Geral	UC	UMDR	ULDm
A1. "Comunicação"	13,4	2,89	4-20	9-19	9-11	12-19	12-16
A2. "Prestação de cuidados"	10,8	2,32	3-15	8-15	8-9	8-15	10-13
A3. "Qualidades humanas"	17,1	4,26	5-25	10-25	10-14	13-25	15-21
B1. "Informação"	2,8	0,69	1-5	2-4	2-2	2-4	2-4
B2. "Espaços físicos"	46,1	6,58	11-55	35-55	41-45	38-55	38-49
B3. "Serviços"	27,4	4,09	7-35	19-34	26-29	22-33	22-30

AT – Amplitude Teórica; AO – Amplitude Observada

4. Discussão dos resultados

Com a discussão dos resultados pretende-se dar significado à análise dos dados. Identificando os dados mais relevantes, espera-se responder aos objectivos definidos para este estudo, de forma a contribuir para a caracterização da QV percebida por idosos internados em UCCI e para o conhecimento do grau de satisfação dos mesmos face à equipa técnica e organização do serviço em questão.

Relativamente à amostra deste estudo, identifica-se uma média de idades de 78,2 anos, idade que se enquadra numa faixa etária em que se verifica um aumento significativo da comorbilidade (Sousa, 2005). De facto, quando ultrapassada a sétima década de vida, os idosos deparam-se com mais do que uma enfermidade crónica (Saldanha, 2009), o que acentua o risco de diminuição da capacidade funcional (Figueiredo, 2007) e de declínio da qualidade de vida (Saldanha, 2009).

Verifica-se a predominância do género masculino, o que contrapõe as tendências da população, uma vez que se verifica que existem mais mulheres que homens com 65 e mais anos. Contudo, tal pode ser justificado por a maioria dos homens não ter comportamentos preventivos em relação à sua saúde, por falta de informação e por preconceito (Costa-Júnior & Maia, 2009). Apesar de homens e mulheres adoecerem igualmente, quando os primeiros se deparam com a situação de doença, apenas procuram ajuda médica quando a mesma se encontra já muito avançada, o que exige mais cuidados de saúde e especializados (Costa-Júnior & Maia, 2009). Pode-se então afirmar que este cenário está em concordância com os dados obtidos, uma vez que a análise deve ser feita à luz do contexto em que estes idosos se encontram, ou seja, são doentes crónicos e estão internados em unidades de cuidados continuados que disponibilizam cuidados específicos à sua situação.

4.1. Dimensões da percepção da QV

Verifica-se que a dimensão “Manter-se saudável” apresenta um valor médio mais baixo ($\bar{X}=0,6$; $DP=0,92$), o que se pode relacionar com as práticas que são promovidas no âmbito das UCCI. Nestas unidades são definidos planos de intervenção para cada utente, através de uma avaliação multidimensional contínua, que visam a promoção da autonomia e de estratégias de vida activa, nomeadamente na vertente física (UMCCI, 2007). Como rotina diária para todos os utentes estão associados hábitos de verificação da TA e níveis de glicemia, assim como a realização de exercícios físicos adaptados à condição do doente, através de sessões regulares de fisioterapia como prática de reabilitação complementar de alívio dos sintomas e de promoção da funcionalidade, independência, bem-estar e, consequentemente, na QV.

As UCCI pertencentes à rede funcionam com base na sua missão principal, a de prestar cuidados adequados a todos os utentes (UMCCI, 2009). Uma das vertentes do acompanhamento prestado a pessoas em situação de dependência crónica é a recuperação das capacidades individuais para o auto-cuidado, que possam ter sido perdidas. Os resultados obtidos na dimensão do “Auto-cuidado” sugerem a presença de idosos dependentes em várias áreas que esta dimensão admite. Os níveis de dependência mais elevados estão ainda associados a utentes internados em ULDM, o que está de acordo com o facto de estas unidades estarem destinadas a receber os indivíduos em situação de maior dependência e complexidade (artigo 13º, Decreto-lei nº 101/2006).

Nesta dimensão, são identificados níveis de dependência mais elevados relativamente à realização de tarefas domésticas e à confecção das refeições. Verifica-se que os que referem não conseguir realizar qualquer uma destas actividades, são maioritariamente do género masculino. Estes dizem respeito a indivíduos que sempre viram estas actividades a serem cumpridas pelas suas esposas, o que faz com que nem sequer se idealizem a realizá-las, mesmo que as suas aptidões físicas o permitam. Porém, também se verificam testemunhos do género feminino que apontam a sua dependência face a estas actividades. Além das condicionantes associadas à DC, que podem induzir a incapacidade na efectivação das mesmas (Ribeiro, 1999), assume-se ainda o factor idade, uma vez que estes últimos testemunhos partem das utentes com idades mais avançadas. O próprio processo de envelhecimento implica algumas perdas a nível funcional, nomeadamente em idades mais avançadas, assistindo-se uma vulnerabilidade acrescida para as doenças crónicas, o que vai exacerbar a perda de autonomia e independência (Netto & Ponte, 2000).

No que concerne à manutenção da aparência pessoal e à capacidade em lavar as mãos e cara, a maioria dos utentes refere ser capaz de o fazer sem ajuda e quanto à capacidade em vestir-se, já são apontadas algumas dificuldades, necessitando de ajuda de outrem para a realização desta tarefa, havendo referência de apenas 20,0% daqueles que não são capazes de o fazer. Nas UCCI são identificadas as actividades que a pessoa pode desempenhar parcialmente. São estimuladas ao máximo as capacidades que cada indivíduo detém apesar da sua condição de dependência, ou seja, são promovidas práticas que incentivem os utentes a realizar tudo o que lhes é possível, mas dando sempre a ajuda necessária (UMCCI, 2007). Independentemente da dimensão da actividade, o importante é que a pessoa seja capaz de participar, como ajeitar e/ou pentear o seu cabelo, maquilhar-se, escolher a roupa que pretende vestir, movimentar-se de modo a vestir as peças do seu vestuário, seja a parte superior ou inferior e mesmo que seja na posição de sentado, desde que desempenhe o máximo que consiga. O mesmo acontece relativamente à alimentação, em que os utentes são encorajados a alimentar-se de forma independente. Por exemplo, nestas unidades são

disponibilizados os instrumentos necessários como pratos, talheres e copos adaptados à incapacidade do utente. Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos utentes menciona ser capaz de o fazer independentemente.

A falta do controlo de esfíncteres não se constitui como uma alteração inerente ao processo de envelhecimento, embora se assista a um aumento da probabilidade de incontinência, quer urinária como fecal (Stobbe, Silva & Freires, 2008). Estes dois tipos de incontinência são frequentes nos idosos, nomeadamente a partir dos 75 anos (Saldanha, 2009), o que corrobora os resultados obtidos, na medida em que a maioria dos indivíduos manifesta ser incontinente a nível urinário, havendo ainda referências a nível fecal, e em que a média de idades é de 78,2 anos. Estes resultados podem ser entendidos de acordo com a realidade destes idosos, que se encontram polimedicados face à existência de várias doenças concomitantes e cuja interacção medicamentosa pode ter efeitos adversos, nomeadamente a incontinência urinária (Terra, Silva & Schmidt, 2007; Stobbe, Silva & Freires, 2008; Saldanha, 2009). No que diz respeito à incontinência fecal, a causa está associada à própria doença do indivíduo ou à hipermotilidade dos intestinos (Saldanha, 2009). Verificou-se ainda que, quando questionada a capacidade de controlo de esfíncteres, grande parte dos utentes se sentiram desconfortáveis ao assumir sentir dificuldades, pelo que se pode afirmar que se trata de uma questão que causa algum constrangimento. A incontinência pode, de facto, ter repercussões negativas a nível psicológico e social, levando a ansiedade, depressão e perda de auto-estima, o que se reproduz na diminuição da QV (Stobbe et al, 2008; Saldanha, 2009). A existência de incontinência deve ser alvo de análise peculiar, dado que pode ainda ser o resultado da acuidade visual e mobilidade diminuídas. De facto, a dificuldade em visualizar os obstáculos a serem percorridos pode interferir na continência urinária (Nunes et al, 2010), assim como o próprio comprometimento da mobilidade pode prejudicar eliminação urinária (Cabete, 2005; Stobbe, Silva & Freires, 2008).

As alterações sensoriais são extremamente comuns nos idosos, nomeadamente ao nível da visão e da audição (Fontaine, 2000). A dimensão “Visão, Audição e Comunicação” compreende valores médios baixos, o que se pode relacionar com um índice de dependência também baixo. Contudo, nesta mesma dimensão, é possível observar que a maioria (56,7%) dos indivíduos afirma sentir dificuldades em ver. De facto, a partir dos 40 e os 50 anos há uma tendência para uma redução gradual da capacidade de focar objectos e/ou letras de pequeno tamanho (resultado da presbiopia), de reconhecer dois pontos que se encontrem muito próximos um do outro (acuidade visual) e da visão periférica, assim como para uma dificuldade acrescida de adaptação à iluminação reduzida (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Fontaine, 2000). Para tentar minimizar os

efeitos consequentes desta redução da visão é comum o recurso à utilização de óculos, verificando-se uma conformidade com os idosos inquiridos, uma vez que todos eles possuem este auxiliar da visão. Porém, em alguns casos observa-se que este auxiliar já não está adaptado às dificuldades que estes indivíduos sentem na actualidade. Parte destes menciona não ter capacidade financeira para adquirir óculos com lentes ajustadas às suas dificuldades. Na realidade, a partir da análise da situação financeira da amostra deste estudo, observa-se que 50,0% dos inquiridos manifesta que os seus rendimentos são insuficientes para suprir as suas necessidades, pelo que prescindem do uso de óculos adaptados às suas dificuldades. Os problemas de visão interferem fortemente na QV, pois as suas repercussões negativas são sentidas na realização das AVD's, nas relações interpessoais, na independência e na mobilidade, colocando ainda em risco a própria segurança individual (Chandler, 2000; Fontaine, 2000; Menezes & Bachion, 2008; Rose, 2010). No que diz respeito à audição, a maioria dos indivíduos declara não sentir dificuldades, ao contrário de 40,0% que afirma sentir. Com o envelhecimento há uma diminuição auditiva (presbiacusia), evidenciando-se para os sons agudos, assim como também pode ser acompanhado por sensações auditivas anómalas (acufenos) (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Fontaine, 2000). Embora esta característica não se constitua uma problemática na situação actual destes idosos, a mesma pode vir a ter um impacto negativo ao nível das relações sociais e ainda pode vir a ser uma barreira para a percepção, por parte do idoso, dos procedimentos que devem ser tidos em conta para um bom controle da doença.

A dimensão da "Mobilidade" surge como o domínio mais crítico, na medida em que os valores médios estão mais próximos da pontuação máxima ($X=24,2$; $Max=37$). A partir da análise dos resultados é possível afirmar que 50,0% dos indivíduos não consegue deslocar-se no exterior, em que os restantes afirmam conseguir, embora que, entre estes, a maioria necessite de ajuda. Esta dificuldade que os idosos exteriorizam é ainda exacerbada face à necessidade de deslocação aos serviços públicos e/ou para ir às compras, em que se destaca a incapacidade que estes utentes sentem para o fazer. De facto, os resultados obtidos indicam um grau de dependência elevado para esta dimensão, o que pode ser explicado de acordo com quatro perspectivas. A primeira perspectiva fundamenta-se na razão pela qual o idoso necessitou de ficar internado neste tipo de unidades, ou seja, a sua doença. Esta, de carácter crónico, exige cuidados específicos que minimizem as restrições que a própria obriga. Com impacto negativo a vários níveis (Bolander, 1998; Ribeiro, 1999; Pibernik-Okanovic, 2001, Alves et al, 2007), nomeadamente na capacidade funcional (Macieira-Coelho, 1989; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003; Alves et al, 2007), uma doença crónica pode mesmo prejudicar a mobilidade, reduzindo-a (Rose, 2010). A segunda

perspectiva que se assume, compreende as alterações a nível visual e auditivo. Como já foi referido, a acuidade visual pode afectar a mobilidade, assim como determinadas alterações auditivas podem influenciar a mobilidade do indivíduo. Serve de exemplo a síndrome de Menière (síndrome vertiginoso) com repercussões no equilíbrio, muito comum a partir dos 65 anos (Araújo, 2007). Como terceira perspectiva, ainda que dependente da última, sugere-se o factor quedas. Estas surgem nos idosos como o resultado das perturbações da mobilidade (Saldanha, 2009). Uma das questões que a dimensão da “Mobilidade” abarca diz respeito ao acontecimento de quedas, verificando-se que metade da amostra afirma já ter sofrido pelo menos uma. A ocorrência de uma queda constitui-se como uma problemática por conduzir à perda da capacidade funcional e diminuição da mobilidade (Menezes & Bachion, 2008). De facto, após ter vivenciado pelo menos uma queda, a susceptibilidade do idoso para voltar a cair aumenta (Saldanha, 2009; Rose, 2010). Os efeitos adversos induzidos pelos fármacos também podem influenciar a mobilidade e aumentam o risco de quedas (Martins, Maia & Pereira, 2007). Serve de exemplo a toma de fármacos hipotensores, que podem provocar a hipotensão ortostática, e que são frequentemente utilizados pelos idosos devido à HTA, doença crónica muito comum nesta população. Por último, evidencia-se a questão da acessibilidade ao nível dos espaços exteriores. Quando comparados os resultados referentes à mobilidade no contexto interno e externo é possível observar referências indicadoras de maior dependência neste último. De facto, esta diferença pode ser entendida pelo facto de o meio físico edificado não estar preparado para a condição do idoso, existindo uma série de barreiras arquitectónicas que dificultam o acesso dos indivíduos aos diferentes serviços públicos (CEA, 2003). Estas quatro perspectivas podem ser relacionadas entre si, uma vez que não são independentes, ou seja, cada uma delas pode ter influência nas restantes. Verifica-se ainda que, nesta dimensão, as pontuações mais baixas e as mais elevadas correspondem, respectivamente, aos utentes internados em UC e UMDL, o que corrobora o facto de as UC estarem preparadas para internamento de curta duração, de modo a responder a uma perda de autonomia transitória, potencialmente recuperável, e as UMDL para proporcionar um cuidado prolongado que previna o agravamento da situação de grande dependência dos indivíduos (artigo 13º, Decreto-lei nº 101/2006).

Entre as sete dimensões compreendidas, verifica-se ainda que o domínio da “Saúde mental e bem-estar” apresenta valores não muito distantes da amplitude máxima ($X=9,2$; $Max=18$). A maioria (56,7%) dos indivíduos manifesta não conseguir realizar determinadas actividades que consideram ser importantes, o que pode ser uma consequência da sua situação de dependência. Apesar da existência das referências “fraca” e “razoável” para a caracterização da saúde, destaca-se

o facto de 40,0% dos indivíduos apontar para classificações positivas (“Boa” e “Muito Boa”). Apesar das limitações sentidas, parece que alguns idosos ainda tendem a perceber a sua saúde de forma positiva.

A população em estudo é muito heterogénea, uma vez que compreende indivíduos muito diferentes entre si e, por isso mesmo, com ideais e percepções também muito díspares. Como já foi referido anteriormente, cada indivíduo constrói a sua posição na vida de acordo com os seus próprios valores, crenças e expectativas e, de facto, é imprescindível que o idoso detenha a capacidade de se adaptar às perdas que vai sofrendo com a velhice, de modo a adoptar meios que compensem precisamente essas perdas. Acontece que muitos destes, por diversos motivos e crenças e por acharem que todas as perdas sentidas são o resultado do envelhecimento, acabam por se subjugar às dores e incapacidades, que poderiam ser potencialmente recuperáveis, minimizando-as. Nas UCCI assiste-se a internamentos de idosos cuja dimensão da doença compreende repercussões e exigências que abalam fortemente o seu organismo a nível físico e psicológico. O facto de existirem perspectivas mais positivas face às mesmas pode ser entendido não só de acordo com a maneira como o indivíduo encara a doença mas também com a própria fase em que esta se encontra. São os episódios agudos que exigem mais do idoso, a todos os níveis, pelo que quando a doença está sob controlo e em que esta não se manifesta de forma dolorosa, o indivíduo tende a assumir uma postura mais positiva. Outro factor que também parece ser preponderante é o estabelecimento de contactos sociais (Silva et al, 2003), o que é promovido nas UCCI. Na realidade, verifica-se que a maioria dos utentes refere não se sentir sozinhos.

Um internamento de um idoso, sobretudo se é repetido ou prolongado, representa uma quebra nas suas funções habituais e a perda de um papel social que, associado à DC, pode ter repercussões psicológicas (Spar & La Rue, 2005). Assume-se uma grande variedade de explicações plausíveis que evidenciam a saúde e a capacidade funcional como primordiais para a qualidade de vida nesta faixa etária (Walker, 2005), mas também são as características da personalidade e as influências do desenvolvimento ao longo do curso de vida que condicionam a perspectiva que cada indivíduo cria (Oliveira, 2008).

4.2. Dimensões da percepção da satisfação

Ao contrário do que acontece relativamente ao instrumento EASYcare, neste questionário as pontuações mais elevadas significam resultados de teor positivo, isto é, de níveis de satisfação superiores. De modo geral, os utentes mostram-se muito mais satisfeitos face à “Organização do serviço” do que relativamente à “Equipa técnica”.

Verifica-se que a categoria referente aos “Espaços físicos” corresponde ao domínio com o qual os utentes se mostram mais satisfeitos, em que os valores médios estão muito próximos da pontuação máxima ($X=46,1$; $DP=6,58$; $Max=55$). Nesta categoria evidencia-se a satisfação com as condições disponibilizadas ao nível das zonas de utilização comuns. Na realidade, os idosos manifestam a sua satisfação face à facilidade de circulação, à limpeza e arrumação e ao conforto. O facto de o espaço da unidade ser simples, funcional e compatível com a condição do idoso, faz com este se sinta seguro e motivado para movimentar. Os resultados obtidos na dimensão da “Segurança”, respeitante ao instrumento EASYcare, mostram que a maioria dos idosos menciona sentir segurança no interior da unidade em que se encontram internados ($X=0,7$; $DP=1,57$) e, de facto, comparativamente à “Mobilidade” verifica-se que esta é superior dentro da unidade do que no exterior. Verifica-se ainda que, relativamente a esta dimensão, os utentes evidenciam a sua dificuldade em subir e/ou descer escadas. O facto de existirem elevadores e rampas como opção ao uso de escadas, faz com que os utentes consigam movimentar-se dentro do espaço da unidade, mesmo que seja fazendo uso de ajudas técnicas, como bengalas, cadeira de rodas, canadianas ou tripés. Na realidade, o espaço interno das unidades visitadas está organizado de acordo com as capacidades dos utentes, isto é, sem barreiras arquitectónicas que dificultem a circulação no mesmo. Também se verifica esta preocupação de adaptação do espaço à condição dos utentes ao nível das instalações sanitárias. Estas estão devidamente preparadas, disponibilizando todo o tipo de equipamentos imprescindíveis à maximização das capacidades individuais, como barras de suporte rebatíveis de apoio ao banho e à utilização de sanita, em que esta também se encontra adaptada, lavatórios rebatíveis que permitem o acesso daqueles se encontram em cadeira de rodas, torneiras adaptadas, cadeiras de banho, banheiras com piso anti-derrapante, entre outras. De facto, os utentes mostram-se bastante satisfeitos face às condições das instalações sanitárias, nomeadamente com a existência destas ajudas técnicas, com as quais mencionam estar muito satisfeitos.

Observa-se também graus de satisfação elevados relativamente aos “Serviços” disponibilizados nas unidades ($X=27,4$; $DP=4,09$; $Max=35$). Os resultados obtidos para esta categoria sugerem que os utentes estão bastante satisfeitos com o serviço de refeições. Apesar das alterações no paladar que próprio o envelhecimento acarreta (Berger & Mailloux-Poirier, 1995), os utentes referem estar satisfeitos com a qualidade, assim como com a quantidade. É preocupação das UCCI adequar a alimentação às necessidades nutricionais e preferências de cada indivíduo, entendendo-a como uma actividade de prazer (UMCCI, 2007). Ainda de acordo com as orientações estipuladas pela UMCCI, esta preocupação é ainda mais relevante nas unidades de longa duração,

verificando-se que realmente os utentes nestas unidades estão muito satisfeitos. São feitas referências negativas relativamente ao horário, o que pode ser entendido com o facto de as rotinas das unidades diferirem das rotinas que o idoso tinha antes do seu internamento (Cabete, 2005). Ainda nesta categoria, são verificáveis níveis de satisfação elevados relativamente ao serviço de tratamento de roupas. Um idoso que encontre as suas roupas e as da sua cama limpas e cuidadas sente-se mais confortável, o que permite também que tenha uma predisposição mais positiva face a outras dimensões da sua vida.

De facto, os idosos valorizam todos os cuidados que permitem o seu conforto e higiene, o que é verificável nos resultados obtidos. Como é observável a partir da categoria relativa à “Prestação de cuidados”, os utentes demonstram estar bastante satisfeitos, em que o valor médio está próximo da pontuação máxima assumida ($X=10,8$; $DP=2,32$; $Max=15$), destacando-se a prestação de cuidados de higiene, em que 60,0% dos utentes refere ser “bom” e 15,0% considera ser “muito bom”. O facto de os idosos se mostrarem tão satisfeitos quanto a este serviço é um bom indicador de qualidade de vida, uma vez que a manutenção da sua higiene pessoal promove a sua saúde e bem-estar mental e físico (Singh, 2007).

Observando os resultados obtidos nas categorias da “Comunicação” e da “Informação”, verifica-se a existência dos níveis de satisfação mais baixos. Os utentes manifestam que a informação disponibilizada no momento de admissão e na sua integração na unidade, assim como o esclarecimento sobre a doença e tratamentos a adoptar face à mesma, são insuficientes. Acredita-se que a “relação vertical”, que parece ser estabelecida entre o profissional e o utente, não permite que este perceba quais os procedimentos que deve ter e nem sequer questiona o profissional. O utente assume um papel passivo acatando todas as prescrições médicas sem questionar, isto porque considera o profissional de saúde como o detentor do conhecimento sobre a doença, constituindo-se o poder central (Cabete, 2005). Com este tipo de relação dificilmente são criados laços de cooperação e até mesmo confiança (Dias & Santana, 2009). Associado a esta relação, verifica-se ainda que quando os profissionais se dirigem ao utente para fazer uma determinada comunicação, na maioria das vezes usam terminologias técnicas e específicas com as quais o utente não está familiarizado, pelo que acaba por não assimilar a informação transmitida.

Verifica-se que os níveis de satisfação mais baixos são mencionados pelos utentes internados nas UC, talvez por se tratar de uma unidade onde os mesmos permanecem menos tempo (o período de internamento é inferior a 30 dias), em que as relações interpessoais são limitadas e a dinâmica parece ser similar à dinâmica de um meio hospitalar, onde o utente não conhece o diagnóstico e não é informado sobre os procedimentos (Cabete, 2005). Contudo, os utentes

afirmam ser esclarecidos de todas as questões que colocam a estes profissionais sempre que pretendem.

Este cenário também pode ser explicado à luz dos resultados obtidos na categoria relativa às “Qualidades humanas”, em que os utentes apenas demonstram estar satisfeitos com a disponibilidade e rapidez dos elementos da equipa técnica em ser atendidos. Novamente conclui-se que há predisposição por parte dos profissionais em atender o utente sempre que este o solicita, embora apresente lacunas relativamente ao tempo e ao interesse que disponibiliza ao idoso.

4.3. Limitações do estudo

Como restrição deste estudo evidencia-se o facto de ser transversal. Na realidade, a escolha deste tipo teve como base a obtenção de resultados rápidos, face à limitação de tempo. Em contrapartida, não permite a formulação de conclusões esclarecedoras sobre a evolução da doença e do processo de internamento. Assim, sugere-se a elaboração de futuras investigações que adoptem uma perspectiva longitudinal, que acompanhem os utentes desde o primeiro dia de internamento até ao momento de alta e que permitam aprofundar a evolução e o impacto da DC, a percepção da QV e o grau de satisfação, relacionando-os. Ainda neste contexto, seria também de grande interesse tentar conhecer quais os factores que impulsionam os profissionais para não dedicar o interesse e tempo que o utente exige. Esta é uma das questões que emerge e cuja resposta pode complementar a compreensão dos resultados. Poder-se-ia levantar alguns motivos condicionantes, como o excesso de tarefas que têm a desempenhar, a própria falta de sensibilidade e humanização dos cuidados e o facto de não haver tempo suficiente para a criação de laços afectivos. Convém salientar que estes motivos apresentados não passam de suposições, uma vez que não foi uma questão compreendida neste estudo.

Sugere-se também a necessidade de realização de mais estudos de satisfação dos utentes, uma vez que esta deve ser considerada como um indicador da qualidade dos cuidados prestados. A satisfação do utente deve ser medida frequentemente por estar relacionada com as características técnicas e organizacionais do local onde recebe os cuidados. Seria interessante elaborar um questionário de satisfação uniformizado para todas as UCCI da RNCCI, para uma aplicação e avaliação sistemáticas, cujos resultados fossem, se necessário, propulsores de mudança, para a prestação de cuidados de excelência.

De igual interesse e pertinência, é imprescindível ampliar o tamanho da amostra para a obtenção de dados mais conclusivos e representativos. A amostra constituída para este estudo compreende um tamanho demasiado reduzido para que se proceda à generalização dos resultados à restante população.

5. Implicações do estudo para a prática

De facto, os resultados deste estudo não devem ser encarados como restritos ao mesmo. É importante que este conhecimento se constitua como uma primeira etapa para melhorar a vida e o bem-estar dos idosos que se encontram nas UCCI. Não nos devemos cingir a estes dados que nos mostram diferentes incapacidades a diversos níveis. Os mesmos devem ser encarados como propulsores de um desafio delicado e que por isso mesmo implica a mobilização de acções e de profissionais de saúde, especializados em diversas áreas, para uma melhoria contínua das práticas instituídas nestas unidades e, consequentemente, para uma melhoria da QV dos utentes idosos.

Neste cenário, emergem diversas questões. Salienta-se a relação entre utente e profissional, que parece ainda subsistir num modelo biomédico. Foi possível observar que na maioria das unidades, alvo deste estudo, existe a preocupação de mudar de paradigma, em que se tenta integrar o idoso como elemento fulcral da definição do seu plano de cuidados, dando-lhe enfoque aquando a prestação de cuidados. Contudo, a partir dos relatos dos utentes verifica-se que ainda persistem lacunas a este nível, nomeadamente nas UC, em que a intervenção com base na qualidade de vida e bem-estar parece não ser muito valorizada.

É extremamente imprescindível atender às repercussões que a doença crónica impele nas diferentes dimensões que compreendem o idoso, assim como o próprio processo de internamento. Neste sentido, acredita-se que a existência de um Gerontólogo seria muito pertinente neste contexto, uma vez que se encontra habilitado a planear e desenvolver actividades específicas e individualizadas para o idoso, tendo sempre por base uma perspectiva holística. Este profissional é capaz de promover intervenções, conjugando as vertentes psicológica, social, emocional e de saúde, sempre em coordenação com outros profissionais, e de forma a mudar comportamentos e atitudes, assim como a organização de serviços, se assim for necessário.

Deste modo, sugerem-se algumas intervenções que devem ser consideradas para possibilitar a maximização das potencialidades já existentes nestas unidades e onde profissionais formados na área da Gerontologia podem dar o seu forte contributo. Em primeiro lugar, persistir na maximização das capacidades do indivíduo, de forma a contribuir para a sua independência e autonomia, o que já se verifica em algumas unidades e que deve ser valorizado. Contudo, deve ser estimulado nas unidades onde tal ainda não se verifica. É importante identificar o que a pessoa é capaz de fazer, evidenciando o que ainda poderá vir a fazer, o que implica uma avaliação com base em instrumentos de teor geriátrico.

De igual importância, torna-se ainda fundamental capacitar o idoso, dotando-o de toda a informação imprescindível sobre a sua doença. Só tendo o devido conhecimento é que o próprio

poderá decidir quais as atitudes e práticas a ter face à sua condição e procurar soluções que viabilizem a mesma e que compensem as perdas com as quais se vai deparando. De realçar que este é todo um processo que deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde que servem de intermediários, isto é, sem influenciar e sem tomar decisões pelo idoso, os profissionais devem actuar de forma a direccioná-lo para escolher o melhor para si próprio.

Esta medida implica a coordenação com a rede social e de suporte formal e informal do idoso. Além do apoio social que as unidades pertencentes à RNCCI asseguram, é importante identificar quem são as pessoas que compõem a rede informal do idoso e que colaboram na subsistência do mesmo. Os resultados deste estudo mostram que a grande maioria (96,7%) dos utentes tem quem os socorra em caso de emergência, o que indica que, reduzido ou alargado, todos têm um “background” informal. Uma vez que a DC tem também impacto nos cuidadores informais, desgastando-os a nível físico e psicológico, é igualmente importante conhecer quem são estes indivíduos para sinalizar os casos que necessitam de cuidados para dar uma resposta adequada e dar formação para garantir a sua qualificação na prestação de cuidados. Assim, estaremos a assegurar a qualidade da rede informal para que o idoso volte para o seu contexto habitual.

Há que ter em conta que estamos perante uma população muito heterogénea, pelo que não podemos generalizar um tipo de cuidado a todos os idosos. É necessário atender à especificidade de cada um, assim como aos seus interesses e expectativas, compreendendo sempre as suas necessidades, potencialidades, recursos e limitações. É importante que haja uma simbiose entre a intervenção no idoso e o espaço onde está inserido, assim como é imprescindível que o profissional detenha a capacidade de se dinamizar a ponto de propor todo o tipo de soluções que respeitem o idoso e que promovam o seu bem-estar biopsicossocial e, consequentemente, a sua qualidade de vida.

6. Considerações finais

Com este trabalho pretendeu-se proceder à caracterização da percepção da QV dos idosos em situação de doença crónica e internados em UCCI e conhecer a sua satisfação com este serviço.

Apesar de a tipologia das doenças não ter sido objecto de estudo, se tivermos em consideração que os utentes internados nas UCCI enfrentam doenças crónicas altamente incapacitantes, podemos afirmar que, em consonância com os resultados obtidos, os utentes inquiridos parecem perspectivar a sua vida de forma positiva. Foi possível verificar níveis de dependência elevados a diversos níveis, nomeadamente na mobilidade, auto-cuidado e saúde mental e bem-estar. De facto, verifica-se que as doenças crónicas têm impacto na capacidade de os indivíduos manterem uma

vida autónoma. Lichtenberg MacNeill & Mast (2000) afirmam que existe uma correlação directa entre a co-morbilidade e a capacidade funcional. A deterioração funcional começa por atingir a capacidade de andar e posteriormente a de tomar banho, a de vestir, de cuidar da higiene diária e de se alimentar (Lichtenberg, MacNeill & Mast, 2000) corroborando os resultados obtidos.

Porém, há apenas uma proporção mínima que considera a sua saúde como fraca. As afirmações que revelam que a saúde, de modo geral, é razoável, boa e até mesmo muito boa, dizem respeito a uma questão que não deve, de todo, ser descurada, pois leva-nos a crer que estes idosos enfrentam e vivem a sua doença positivamente, apesar de todas as contrariedades a que a mesma obriga. Considera-se também que a perspectiva positiva que estes idosos parecem ter pode ser o resultado do internamento num espaço que disponibiliza óptimas condições de higiene, conforto e qualidade de serviços. De facto, os utentes estão extremamente satisfeitos a este nível, o que poderá ter uma forte influência no modo como cada um percepciona a sua condição enquanto doente. Deve ser claro para este que, apesar da situação de doença, é possível continuar a envolver-se em situações de vida no dia-a-dia e desempenhar as suas actividades, ainda que de uma forma adaptada.

Tendo em conta este cenário, arrisca-se a afirmar que a existência das UCCI são de extrema pertinência e importância para a promoção da QV dos indivíduos. São unidades com grande potencial para responder às necessidades dos idosos, população crescente, e que devem ser valorizadas pois, apesar da sua recente existência, exercem um muito bom trabalho e que deverá ser continuado. Os aspectos mencionados devem ser, de facto, maximizados, enquanto que outros deverão ser reestruturados e fomentados, nomeadamente ao nível da comunicação com o utente e do seu acompanhamento durante todo o período de internamento.

Referências bibliográficas

- Araújo, P. (2007). A vertigem e as alterações do equilíbrio. *Informação Espírito Santo Saúde pro.* 3-9.
- Alves, L.; Leimann, B.; Vasconcelos, M.; Carvalho, M.; Vasconcelos, A.; Fonseca, T.; Lebrão, M.; Laurenti, R. (2007) A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 23 (8), 1924-1930.
- Benjamin, A. E. & Cluff, L. E. (2001). Who needs caring? *The lost art of caring. A challenge to health professionals, families, communities and society.* (pp. 25-49). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global.* Lisboa: Lusodidacta.
- Black, J. M.; Matassarin-Jacobs, E. (1996). *Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgica: Uma abordagem psicológica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bolander, V. B. (1998). *Sorensen e Luckmann Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica.* Lisboa: Lusodidacta.
- Bury, M. (1991). The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects. *Sociology of Health and Illness.* 13 (4), 451-468.
- Busse, E. W. (1969). Theories of aging. In Little Brown (Ed.), *Behavior and adaptation in later life* (pp. 11-32). Boston.
- Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas.* Loures: Lusociência.
- CEA - Conceito Europeu de Acessibilidade: *Manual de assistência técnica 2003.* (2005). (Cadernos SNR; Vol. 18). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- CEE, Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Uma nova solidariedade entre gerações face às mudanças demográficas.* Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- CEE, Comissão das Comunidades Europeias (2007). *Juntos para a saúde: Uma abordagem estratégica para a UE.* Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Chandler, J. M. (2000). Equilíbrio e Quedas no Idoso: Questões sobre a Avaliação e o Tratamento. *Fisioterapia Geriátrica* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Costa-Júnior, F. & Maia, A. (2009). Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Género e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 25 (1), 55-63.
- Decreto-Lei nº 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República – Série I, nº 195, 3452-3459.
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República – Série I-A, nº 109, 3856-3865.
- Decreto-lei nº 281/2003, de 8 de Novembro. Diário da República - Série I-A, 7492-7499.
- Despacho-Conjunto nº 407/98, de 18 de Junho. Diário da República - Série II, nº 138, 8328-8332.
- Despacho-Conjunto nº 861/99, de 10 de Setembro. Diário da República - Série II, nº 235.
- DGS, Direcção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Dias, A. & Santana, S. (2009). Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 12-20.
- Dias, M. A. A. R. (2006). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Satisfação com a vida – Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto.
- Engel, G. L. (1977) – The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196 (4286), 129-136.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Edições Celta.
- Ferreira, P.; Afonso, P; Raposo, V; Godinho, P. (2003). *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Coimbra: Instituto do Consumidor.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed editora.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freedman, V. A. & Martin, L. G. (2000). Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. *Am J Public Health*. 90 (11), 1755-60.
- Gonçalves, L. H. T. (2008). O cuidado da pessoa idosa em seu processo saúde/doença. *Atualizações em Geriatria e Gerontologia: Da pesquisa básica à prática clínica* (Vol. 7, pp. 123-126). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Góngora, J. (1996). *Familias con personas discapacitadas: Características y fórmulas de intervención*. Castilla e Leon: Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- Heckhausen, J.; Dixon, R.; Baltes, P. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*. 25, 109-121.
- Helin, S. (2000). Functional decline and the process of compensation in elderly people. *Studies in Sport, Physical Education and Health*. 71, 195-204.
- Hershey, D. (1984). *Must we grow old?* Cincinnati: Basal Books.
- Hespanhol, A. P. (2003). Directores de Centros de Saúde apoiam estudo. *Qualidade em Saúde*, 7, 31-32.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (1999). *As Gerações mais idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções de população residente em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Lee, G. R. (1985). Kinship and social support of the elderly: The case of the United States. *Aging and Society*. 5, 19-38.

- Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Nguyen, T. V. (1985). Reactions of families to illness: Theoretical models and perspectives. In D. C. Turk & R. D. Kerns (Ed.), *Health, illness and families: A life-span perspective* (pp. 108-145). New York: Wiley.
- Lichtenberg, P.A.; MacNeill, S. E. & Mast, B. T. (2000). Environmental press and adaptation to disability in hospitalized live-alone older adults. *The Gerontologist*. 40, 549-556.
- Lubkin, I. M. (1986). *Chronic illness: Impact and interventions*. Boston: Jones & Bartlett.
- Lyons, R. F., Sullivan, M. J. L. & Ritvo, P. G. (1995). *Relationships in Chronic Illness and Disability*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Macieira-Coelho, A. (1989). Envelhecimento Humano. *Colóquio Ciências*. (4), 81.
- Marchand, H. M. (1999). *O desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (policopiado).
- Martín, A.; Yubero, S.; Latorre, J.; Montañés, J. & Larrañaga, E. (1999). *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Martín, H. (1997). Envejecimiento individual y de la población: la investigación científica en el proceso de envejecimiento humano. In Buendía, J., *Gerontología y salud: Perspectivas actuales* (pp. 21-32). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martins, F.; Maia, H. & Pereira, L. (2007). Desempenho de Idosos em Testes Funcionais e o Uso de Medicamentos. *Fisioterapia em Movimento*. 20 (1), 85-92.
- McDaniel, S. H.; Hepworth, J. & Doherty, W. D. (1994). Os desafios da doença crónica. *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde* (pp.179-223). Porto Alegre: Artes Médicas.
- McIntyre, T.; Pereira, M.; Silva, N.; Fernandes, S.; Correia, M. & McIntyre, S. (2002). A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação. *CCRN – Comissão da Coordenação da Região do Norte: Ordenamento do Território e Ambiente*. Porto: Edição Ministério das Cidades.
- McIntyre, T. & Silva, S. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2 (2), 69-80.
- Menezes, R. & Bachion, M. (2008). Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1209-1218.
- Miller, R. A. (1994). The Biology of Aging and Longevity. In W.R. Hazzard, E.L. Bierman, J.P. Blass, W. Ettinger Jr, J.B.Halter (Eds.) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (pp. 3-18). Londres: McGraw-Hill, Inc.
- Monteiro, J. M. L. (1991). Satisfação em Saúde numa perspectiva da garantia da qualidade. *Boletim do Hospital de Bragança*. 1 (2).
- Montorio, I. & Izal, M. (1999). Cambios Asociados al proceso de envejecimiento. In M. Izal & I. Montorio, *Gerontologia conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 33-66). Madrid: Editorial Síntesis.
- MS, Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nunes, D.; Nakatani, A.; Silveira, E.; Bachion, M.; Souza, M. (2010). Capacidade funcional, condições socioeconómicas e de Saúde da Família de Goiana. *Ciências e Saúde Coletiva*, 15 (6), 2887-98.

- Neri, A. L. & Freire, S. A. (2000). *E por falar em boa velhice*. Papirus: Campinas SP.
- Netto, M. P. & Ponte, J. (2000). Envelhecimento: desafio na transição do século. In M. P. Netto (Ed.) *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (3ª ed.). Porto: Livpsic.
- ONSA, Observatório Nacional de Saúde (2005). *Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.
- ONU, Organização das Nações Unidas (2009). *World Population Ageing 2009*. New York: Organização das Nações Unidas.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (1989). *Classificação Internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C.; Martín, I. & Roseira, L. (1999). *Comunidade e saúde: Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Afrontamento.
- Pibernik-Okonovic, M. (2001). Psychometric properties of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 51 (2), 133-143.
- Prochet, T. C. & Silva, M. J. P. (2008). Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. *Escola de Enfermagem Anna Nery*. 12 (2), 310-315.
- Radley, A. (1995). *Worlds of illness: Biographical and cultural perspectives on health and disease* (1ª ed.). London and New York: Routledge.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, de 22 de Março de 2002. Diário da República – Série I-B, nº 69 (22-03-2002) 2752-2754.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Escola Superior de Enfermagem S. João da Universidade do Porto, Porto.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad e discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Rolland, J. (2003). Mastering family challenges in illness and disability. In F. Walsh (ed.) *Normal Family Process*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Rose, D. (2010). Why Do Many Older Adults Fall?. *Fallproof!: a comprehensive balance and mobility training program* (Vol. 2, Pt. 1). United States: Human Kinetics.
- Sachdev, M; Sun, J. L.; Tsiatis, A. A.; Nelson, C. L.; Mark, D. B.; Jollis, J. G. (2004). The prognostic importance of comorbidity for mortality in patients with stable coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 43 (4), 576-82.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer: Um desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lisboa: Lidel.

- Santos, C. S.; Ribeiro, J. L. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 4 (2), 185-204.
- Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (2001). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crónica. *E a psicologia entrou no hospital* (pp.147-176). São Paulo: Pioneira.
- Sepúlveda, M. R. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na Sã Vida, Medicina Apoiada, S.A. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16 (4), 33-55.
- Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 4 (1), 21-32.
- Singh, H. (2007). The old age Personal Hygiene Of elderly people and Improvements. *Design for All*. 2 (11), 48-60.
- Sousa, J. (2005). A Doença Crónica e o desafio da Comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 21, 533-534.
- Sousa, L. (2004). Padrões de interação disfuncionais entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias: uma abordagem sistémica. *Psychologica*. 37, 169-186.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2000a). *Geriatric Assessment Technology Training – Pacote de Formação*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Organizado e desenvolvido com o apoio do Programa Leonardo da Vinci das Comunidades Europeias).
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2000b). Facilitar os cuidados aos idosos: Uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*. 25, 19-24.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Guerra, S.; Marques, A.; Silvestre, J. & Pereira, G. (2009). *Caracterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas*. Documento policopiado, não publicado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2002). EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*. 26, 10-25.
- Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*. 37 (3), 364-371.
- Sousa, L.; Mendes, Á.; Relvas, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica: apoio das unidades de saúde e doentes crónicos idosos e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stobbe, J.; Silva, C. F. & Freires, A. P. (2008). Incontinência urinária no idoso: abordagem multidisciplinar. *Envelhecimento humano: múltiplas abordagens* (pp. 103-126). Brasil: UPF Editora.
- Strong, K.; Mathers, C.; Leeder, S. & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 366 (9496), 1578-1582.

- Teixeira, I. (2008). Revisão da literatura sobre conceitos e definições de fragilidade em idosos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 21 (4), 297-305.
- Terra, N.; Silva, R. & Schmidt, O. (2007). Polifarmácia no idoso. *Tópicos em Geriatria II* (pp. 54-59). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- UMCCI, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: UMCCI.
- UMCCI, Unidade de Missão para os cuidados Continuados Integrados (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa: UMCCI.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*. 2 (1), 2-12.
- Wendell, S. (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. New York: Routledge.
- WHO, World Health Organization (2002). *World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.
- WHOQOL, World Health Organization Quality of Life (1994). *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography*. Geneva: World Health Organization.

Apêndice

APÊNDICE I – MODELO DO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Nome (remetente)

Morada

Código Postal, Localidade

Contactos (tlf, tlm, e-mail)

Nome da instituição (destinatário)

Morada

Código Postal, Localidade

Assunto: *Aplicação do instrumento EASY-Care em idosos institucionalizados em
Unidade de Cuidados Continuados*

Ex.^{mo} Senhor _____,
Presidente do Conselho de Administração do Hospital/Provedor da SCM

Inês João Mouro, aluna do curso de Mestrado de Gerontologia na Universidade de Aveiro, sob a orientação da Professora Doutora Assunção Laranjeira de Almeida, pretende avaliar a qualidade de vida de pessoas idosas que usufruam dos cuidados prestados pelas Unidades de Cuidados Continuados de Convalescença/Média Duração e Reabilitação/Longa Duração e Manutenção. Para a selecção destes indivíduos na referida avaliação, identificam-se os seguintes critérios de inclusão: o internamento no serviço, a idade mínima de 74 anos e o facto de serem portadores de doença crónica.

O projecto em causa exige a aplicação de um inquérito aos idosos que aceitem participar no estudo em causa e que reúnam os requisitos prescritos. O inquérito (EASY-Care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas) objectiva uma avaliação rápida do bem-estar físico, mental e social do idoso, cujo resultado projectará uma descrição global das

suas necessidades, focalizando-se prioritariamente na qualidade de vida. Sublinhe-se que o instrumento em causa foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro e encontra-se validado para a população portuguesa².

Em anexo seguem ordenados os seguintes documentos: cópia do instrumento de colheita de dados (EASY-Care), cópia do consentimento informado e *curriculum vitae* de Inês João Mouro.

Venho, então, por este meio solicitar a V^a Ex^a autorização para a aplicação do questionário no serviço mencionado, durante o/os mês/meses de _____.

Caso o pedido seja atendido, assegura-se o anonimato dos inquiridos e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Aveiro, ____ de _____ de 20____

Pede deferimento

(Inês João Santos Freire Mouro)

² Validação do instrumento EASY-Care:
Sousa L, Galante H, Figueiredo D. EASYcare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Rev Estat* 2002;26:10-25.

APÊNDICE II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO



universidade de aveiro

Consentimento Livre e Informado

Investigador: Dr.^a Inês João Mouro

(Sob a orientação de: Prof.^a Dr.^a Assunção Almeida)

Contacto telefónico: xxx xxx xxx

O envelhecimento populacional diz respeito a um fenómeno que veio determinar novas necessidades sociais e de saúde e para as quais a sociedade não estava preparada para responder. Desta forma, torna-se importante conhecer as necessidades das pessoas idosas para promover políticas e programas adequados.

Com este estudo procuramos identificar as principais necessidades de pessoas com mais de 65 anos, com doença crónica e que usufruam de cuidados prestados por unidades de Cuidados Continuados. Neste sentido, agradecemos que responda a um questionário (Easy-care, Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas), que demora cerca de 20 minutos a ser preenchido.

Se assim consentir, o seu testemunho constituir-se-á como um potencial contributo para que se definam estratégias adequadas que respondam às necessidades identificadas e, consequentemente, contribuir para uma melhoria da qualidade de vida.

Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade dos seus dados será mantida. De facto, nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário, pelo que qualquer eventual referência será substituída por códigos. Responder a este questionário não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro.

A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada em qualquer momento do estudo à investigadora do projecto (ver o contacto no início da folha).



universidade de aveiro

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

Eu, por intermédio deste, declaro que:

- ☐ Não aceito participar
- ☐ Aceito participar

- Assinatura do participante _____
- Assinatura de testemunha _____
- Consentimento verbal ☐

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

- Assinatura do investigador _____

APÊNDICE III – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Questionário de Satisfação de Idosos

internados em Unidades de Cuidados Continuados

Procuramos obter informações sobre si e a sua experiência relativamente aos cuidados prestados na Unidade de Cuidados Continuados em que se encontra internado.

Este questionário compreende um total de 16 questões, estando dividido em duas partes. A *Parte A* diz respeito aos cuidados disponibilizados pela equipa técnica, que se constitui por 8 questões, e a *Parte B* refere-se à organização e dinâmica do serviço, englobando 8 questões.

Por favor, responda a todas as questões colocando um círculo à volta do número que melhor se aplica a si, numa escala de 1 a 5, em que 1 diz respeito “fraco” e 5 a “muito bom”. Não há respostas “certas” ou “erradas”.

Questionário de Satisfação de Idosos
internados em Unidades de Cuidados Continuados

A informação obtida permanecerá estritamente confidencial.

Código de identificação: _____

Data da recolha de dados: ____/____/____

UCC: _____

A. A Equipa Técnica

Que classificação atribui aos elementos da equipa técnica (Médico, Enfermeiros, Assistente Social, Fisioterapeuta, Psicólogo, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista), **relativamente:**

	Mau	Fraco	Nem bom, nem	Bom	Muito
1. À informação disponibilizada sobre:					
1.1. a sua doença?	1	2	3	4	5
1.2. o tratamento a adoptar?	1	2	3	4	5
1.3. os cuidados e práticas a ter?	1	2	3	4	5
2. Ao esclarecimento e informação prestados sempre que requer?	1	2	3	4	5
3. Ao desempenho como prestam os serviços relativamente a:					
3.1. higiene pessoal;	1	2	3	4	5
3.2. medicação;	1	2	3	4	5
3.3. exames físicos	1	2	3	4	5
4. Ao tempo que lhe é dedicado?	1	2	3	4	5
5. Ao interesse demonstrado por si?	1	2	3	4	5
6. À simpatia e educação?	1	2	3	4	5
7. À disponibilidade e rapidez em atendê-lo quando necessita?	1	2	3	4	5
Em geral,					
8. Como classifica as qualidades humanas? (respeito, sensibilidade, simpatia, paciência, ...)	1	2	3	4	5

B. A Organização do Serviço

Que classificação atribui à organização dos serviços e dos cuidados prestados na Unidade, relativamente:	Mau	Fraco	Nem bom, nem mau	Bom	Muito bom
1. À informação fornecida no momento de admissão na unidade? (apresentação da Unidade, regulamento interno, regras de funcionamento, ...)	1	2	3	4	5
2. Ao ambiente das instalações da Unidade, a nível de:					
2.1. facilidade de circulação nas instalações?	1	2	3	4	5
2.2. limpeza e arrumação?	1	2	3	4	5
2.3. conforto?	1	2	3	4	5
3. Às condições das zonas de utilização comuns? (sala de estar, refeitório)	1	2	3	4	5
4. Às condições do quarto em que ficou instalado, a nível de:					
4.1. silêncio?	1	2	3	4	5
4.2. privacidade?	1	2	3	4	5
4.3. higiene e limpeza?	1	2	3	4	5
5. Às condições das instalações sanitárias, pela sua:					
5.1. localização?	1	2	3	4	5
5.2. dimensão?	1	2	3	4	5
5.3. higiene e limpeza?	1	2	3	4	5
5.4. presença de ajudas técnicas? (barras de apoio, banco de chuveiro, espelho com inclinação, fixação pneumática para lavatório)	1	2	3	4	5
6. À adequação das refeições ao seu gosto e necessidades, relativamente:					
6.1. ao horário?	1	2	3	4	5
6.2. à temperatura?	1	2	3	4	5
6.3. à qualidade?	1	2	3	4	5
6.4. à variedade?	1	2	3	4	5
6.5. à quantidade?	1	2	3	4	5
7. À qualidade do tratamento das suas roupas?	1	2	3	4	5
Em geral,					
8. Como classifica a Unidade quanto à sua eficiência e rigor?	1	2	3	4	5

Anexos

ANEXO I – INSTRUMENTO EASYcare



universidade de aveiro

EASY-Care Standard

Esta avaliação visa a análise das suas principais necessidades e prioridades relativamente à sua saúde e processo de cuidados. O preenchimento desta avaliação pode ser feito por si ou com a ajuda de um profissional de saúde ou de acção social. Se desejar, também pode solicitar o envolvimento de um membro da sua família ou de um cuidador no preenchimento da sua avaliação.

No início pode registar os dados sobre si próprio(a) e sobre o motivo pelo qual está a ser avaliado. Durante a avaliação ser-lhe-ão feitas perguntas relativamente a:

- Visão, audição e comunicação
- Cuidar de si (auto-cuidado)
- Mobilidade
- Segurança
- Local de residência e finanças
- Manter-se saudável
- Saúde mental e bem-estar
- Outras informações que considere importantes.

Código de identificação: _____

Data de recolha de dados: _____

Dados sócio-demográficos1. **Sexo:** Feminino ☐ (f) Masculino ☐ (m)2. **Idade:** _____3. **Zona de residência:** Rural ☐ (r) Urbana ☐ (u)4. **Estado civil:**Solteiro ☐ (s)Casado(a)/união de facto ☐ (c)Divorciado(a)/Separado(a) ☐ (d)Viúvo(a) ☐ (v)5. **Anos de educação formal:** _____6. **Em geral como caracteriza as suas finanças no fim do mês?**

Não chegam para as necessidades (3)

Suficientes (2)

Sobra algum dinheiro (1)

7. **Com quem vive?**Sozinho ☐ (s)Em casal ☐ (c)Com família alargada ☐ (f)Em instituição ☐ (i)Outra situação ☐ (o) Qual? _____8. **Situação profissional**Empregado(a) a tempo integral ☐ (eti)Empregado(a) a tempo parcial ☐ (etp)Desempregado(a) ☐ (de)Doméstica ☐ (do)Pensionista ☐ (p)Reformado(a) ☐ (r)Estudante ☐ (est)**1. Visão, audição e comunicação**1.1. **Consegue ver (com óculos, se usar)?**Sim ☐ (0)Com dificuldade ☐ (1)Não vê nada ☐ (3)1.2. **Consegue ouvir (com prótese auditiva, se usar)?**Sim ☐ (0)Com dificuldade ☐ (1)Não ouve nada ☐ (3)1.3. **Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas com a sua fala?**Não tem dificuldade ☐ (0)Dificuldades com algumas pessoas ☐ (1)Dificuldade considerável com todas as pessoas ☐ (3)1.4. **Consegue utilizar o telefone?**Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números ☐ (0)Com alguma ajuda ☐ (2)Não consegue utilizar o telefone ☐ (3)**2. Cuidar de si**2.1. **Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (ex. pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, ...)**Sem ajuda ☐ (0)Precisa de ajuda para manter a aparência ☐ (5)2.2. **Consegue vestir-se?**Sem ajuda (incluindo botões, atacadores, ...) ☐ (0)Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda) ☐ (4)Não consegue vestir-se ☐ (6)

2.3. Consegue lavar as mãos e a cara?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (1)

2.4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

Sem ajuda ☐ (0) Precisa de ajuda ☐ (5)

2.5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

Sem ajuda (limpar chão, ...) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda nas mais pesadas) ☐ (2)

Não consegue fazer nenhuma tarefa doméstica ☐ (3)

2.6. Consegue preparar as suas refeições

Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não consegue cozinhar sozinho/a refeições completas) ☐ (2)

Não consegue preparar refeições ☐ (5)

2.7. Consegue alimentar-se?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, ...) ☐ (3)

Não consegue alimentar-se ☐ (8)

2.8. Tem alguns problemas com a sua boca ou dentes? Se sim, por favor especifique.

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.9. Consegue tomar os seus medicamentos?

Sem ajuda (nas doses correctas e às horas certas) ☐ (0)

Com alguma ajuda (se alguém lhes preparar e/ou o lembrar de os tomar) ☐ (2)

Não consegue tomar os seus medicamentos ☐ (4)

2.10. Já teve problemas com a sua pele (p. ex. úlceras na perna, escaras)?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1) Quais? _____

2.11. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia) ☐ (5)

Acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda com algália ☐ (8)

2.12. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

Não tem acidentes ☐ (0)

Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana) ☐ (6)

Acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister ☐ (8)

2.13. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

Sem ajuda (chegar à sanita/cadeira sanitária, despir-se o necessário, limpar-se e sair) ☐ (0)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se) ☐ (4)

Não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária ☐ (7)

3. Mobilidade

3.1. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (4)

Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira ☐ (7)

3.2. Tem problemas com os seus pés

Não ☐ (0) Sim ☐ (1) Quais? _____

3.3. Consegue deslocar-se dentro de casa?

Sem ajuda ☐ (0)

Numa cadeira de rodas sem ajudas ☐ (5)

Com alguma ajuda ☐ (7)

Acamado ☐ (8)

3.4. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (incluindo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha) ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue subir e descer escadas ☐ (4)

3.5. Nos últimos 12 meses caiu alguma vez?

Não ☐ (0)

Uma vez ☐ (1)

Duas ou mais vezes ☐ (2)

3.6. Consegue andar no exterior?

Sem ajuda ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (3)

Não consegue andar no exterior ☐ (6)

3.7. Consegue ir às compras?

Sem ajuda (trata de todas as suas compras) ☐ (0)

Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras) ☐ (2)

Não consegue ir às compras ☐ (4)

3.8. Tem alguma dificuldade em se deslocar até aos serviços públicos (p. ex consultório médico, farmácia, dentista)?

Não tem dificuldade ☐ (0)

Com alguma ajuda ☐ (2)

Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos ☐ (5)

4. Segurança

4.1. Sente-se seguro dentro da sua casa?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (1)

4.2. Sente-se seguro fora da sua casa?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (1)

4.3. Já alguma vez se sentiu ameaçado/a ou assediado/a por alguém?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1)

4.4. Sente-se discriminado/a por alguma razão (p. ex. a sua idade, sexo, raça, religião)?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1)

4.5. Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou urgência?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (1)

5. Local de residência e finanças

5.1. De uma forma geral está satisfeito/a com a sua residência?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (1)

5.2. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (4)

5.3. Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter acesso?

Sim ☐ (S)

Não ☐ (N)

6. Manter-se saudável

6.1. Faz exercício regularmente?

Sim ☐ (0)

Não ☐ (1)

6.2. Fica com falta de ar durante as actividades normais?

Não ☐ (0)

Sim ☐ (1)

6.3. Fuma tabaco (cigarros, charuto, cachimbo)?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.4. Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

6.5. A sua tensão arterial foi verificada recentemente?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

6.6. Tem alguma preocupação com o seu peso?

Não tem preocupações ☐ (N) Com perda de peso ☐ (PP) Com excesso de peso ☐ (EP)

6.7. Tem as suas vacinas em dia?

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

6.8. Tem em dia os exames de rastreio de cancro

Não ☐ (N) Não sabe ☐ (NS) Sim ☐ (S)

7. Saúde mental e bem-estar

7.1. Consegue realizar actividades de lazer, trabalho e outras actividades que são importantes para si?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

7.2. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente ☐ (1) Muito boa ☐ (2) Boa ☐ (3) Razoável ☐ (4) Fraca ☐ (5)

7.3. Sente-se sozinho/a?

Nunca ☐ (1)

Por vezes ☐ (2)

Muitas vezes ☐ (3)

7.4. Recentemente perdeu ou faleceu alguém que lhe é próximo?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.5. No mês passado teve alguns problemas em dormir?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.6. No mês passado teve dores corporais?

Não ☐ (0) Sim ☐

Se sim: Muito suaves ☐ (1) Suaves ☐ (2) Moderadas ☐ (3) Fortes ☐ (4)

7.7. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por se sentir em baixo, deprimido ou desesperado?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.8. No último mês sentiu-se muitas vezes incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

7.9. Tem algumas preocupações em relação a perdas de memória ou esquecimentos?

Não ☐ (0) Sim ☐ (1)

EASY-Care: Instrumentos de Apoio

8. Administração de medicação

8.1. Precisa de ajuda para obter regularmente os seus medicamentos?

Sim ☐ (1) Não ☐ (0)

8.2. Toma sempre os medicamentos de acordo com as recomendações do seu médico?

Sim ☐ (0) Não ☐ (1)

8.3. Consegue tirar todos os seus medicamentos das embalagens?Sim ☐ (0) Não ☐ (1)**8.4. Pensa que alguns dos seus medicamentos podiam ser mais eficazes se tomados de forma diferente?**Sim ☐ (1) Não ☐ (0)**9. Avaliação do risco de quedas**

A resposta afirmativa em pelo menos 3 dos itens que se seguem indica um elevado risco de quedas.

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Uma ou mais quedas no ano que passou	P 3.5	
Tem dificuldade em ver	P 1.1	
Tem pouca estabilidade de pé	P 3.4	
Está limitado ao domicílio	P 3.6	
Dificuldade em deslocar-se	P 3.1	
Problemas com os seus pés	P 3.2	
Falta de segurança no domicílio	P 3.3	
Ingestão excessiva de álcool	P 6.4	
Total (de 8)		

10. Risco de ruptura no cuidado ou de admissão hospitalar

Indicador de risco	Fonte: EASY-Care Standard	Atribuir 1 ponto a cada um
Precisa de ajuda a		
vestir-se	P 2.2	
tomar banho	P 2.4	
alimentar-se	P 2.7	
usar a sanita	P 2.13	
Nos últimos 12 meses caiu alguma vez	P 3.5	
Alguns acidentes com a bexiga	P 2.11	
Preocupações com perda de peso	P 6.6	
Saúde em geral razoável ou fraca	P 7.2	
Muitas dores corporais no último mês	P 7.6	
Perda de memória ou esquecimentos	P 7.9	
“Em baixo”, deprimido ou desesperado	P 7.7	
Pouco interesse ou prazer em fazer coisas	P 7.8	
Total (de 12)		

11. Pontuação de independência

		Pontuação
P 1.4	Não consegue utilizar o telefone (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.1	Precisa de ajuda para manter o aspecto cuidado (5)	
P 2.2	Não consegue vestir-se (6), ou com alguma ajuda (4)	
P 2.4	Não consegue tomar banho/duche (5)	
P 2.5	Não consegue fazer as tarefas domésticas (3), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.6	Não consegue preparar refeições (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.7	Não consegue alimentar-se (8), ou com alguma ajuda (3)	
P 2.9	Não consegue tomar medicamentos (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 2.11	Acidentes frequentes de bexiga (8) ou ocasionais (5)	
P 2.12	Acidentes frequentes de intestinos (8) ou ocasionais (6)	
P 2.13	Não consegue utilizar a sanita (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.1	Não consegue deslocar-se da cama para a cadeira (7), ou com alguma ajuda (4)	
P 3.3	Acamado (8), ou precisa de ajuda para se deslocar dentro de casa (7), ou de cadeira de rodas sem ajuda (5)	
P 3.4	Não consegue subir nem descer escadas (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.6	Não consegue andar no exterior (6), ou com alguma ajuda (3)	
P 3.7	Não consegue ir às compras (4), ou com alguma ajuda (2)	
P 3.8	Não consegue deslocar-se até aos serviços públicos (5), ou com alguma ajuda (2)	
P 5.2	Não consegue gerir as finanças (4)	
	Total	